N° 32

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Février 1909

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Maurice TEISSONNIÈRE

Né à Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard), le 14 janvier 1874

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

—

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✲) Chargé de l'enseignt de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✲)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne.		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUZOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *professeur.*	GUERIN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR GUSTAVE TEISSONNIÈRE

M. TEISSONNIÈRE.

INTRODUCTION

Le sujet de ce travail n'est pas nouveau ; il suffirait, pour s'en convaincre, de se reporter à la bibliographie importante que nous lui avons annexée. Les fibromes de l'ovaire sont décrits dans tous les traités, et des monographies très documentées ont été publiées à leur sujet. Nous n'avons donc pas la prétention de présenter aujourd'hui un travail original, mais seulement une modeste contribution à l'étude de ces tumeurs, une pure revue des faits et des interprétations qui s'y rapportent. Nous avons suivi le plan habituellement indiqué pour ce genre de travaux ; on trouvera, groupées à la fin, un certain nombre d'observations, qui nous ont paru venir à l'appui de nos conclusions, ainsi qu'une note bibliographique qui paraîtra peut-être un peu longue ; nous avons pensé cependant que les renseignements ainsi réunis pourraient éviter à quelques-uns le travail long et fastidieux que nous avons dû nous imposer.

Nous apportons trois observations inédites : les deux premières qui ont trait à des fibromes purs, forme très rare, constituent un appoint à l'étude de ces tumeurs dont les manifestations cliniques sont si diverses ; la troisième a trait à un cas extrêmement rare de tuberculose massive de l'ovaire, à forme fibreuse hypertrophique et contribuera à démontrer combien est délicat le diagnostic de

fibrome de l'ovaire, même à l'examen macroscopique de la tumeur.

Nous devons ces trois observations à l'extrême obligeance de M. le Professeur Tédenat, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous ne voudrions pas laisser passer l'occasion de lui apporter ici le témoignage de notre reconnaissance ; mais notre gratitude est trop profonde et depuis trop longtemps due, pour qu'une simple formule nous acquitte envers lui.

Il est un autre de nos maîtres à qui nous voudrions exprimer comme nous les ressentons, nos sentiments : M. le Professeur Grasset fut pour nous plus qu'un maître, et tout ce que nous saurions écrire serait bien au-dessous de notre pensée. Qu'il nous pardonne d'avoir été un élève si peu digne de sa sollicitude.

Enfin, si nous voulions témoigner ici notre reconnaissance à chacun de ceux qui, parmi les professeurs de cette Faculté, y ont droit, il nous faudrait les nommer tous, et nous ne saurions exprimer assez vivement combien nous avons été sensible à leur accueil, lorsqu'après une très longue absence nous les avons retrouvés toujours indulgents et bienveillants.

Il en est quelques-uns, cependant, que nous voulons remercier d'une façon toute particulière : ce sont MM. les professeurs agrégés Guérin, Grinfeltt, Gaussel, Lagriffoul, Jeanbrau, nos anciens camarades d'études, que nous avons eu la très grande joie de retrouver après de longues années, devenus nos maîtres, mais restés nos amis.

Nous n'aurions garde d'oublier ici M. le médecin principal Clarac, qui nous a ouvert, à Marseille, les portes des laboratoires de l'Ecole de santé des troupes coloniales

qu'il dirige ; ni M. le médecin-major Maurras, professeur à la même Ecole, qui nous a prodigué ses conseils. Que MM. les docteurs Bouissou, Pagliano, Villard, et M. le Professeur Boinet, de Marseille, veuillent bien aussi croire à notre gratitude.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

HISTORIQUE

L'histoire des fibromes de l'ovaire a été écrite dans de nombreux mémoires ; nous en rapporterons seulement les traits principaux ; la note bibliographique qui termine ce travail, la complètera.

Le premier cas rapporté est celui de Caillot, de Mulhouse, en 1824. Baron en publia un second en 1841. Ces deux observations ne s'accompagnent d'aucun examen microscopique, mais la description qui est donnée des pièces ou de l'évolution clinique permettent de penser qu'il s'agissait bien de fibromes ovariens. Blin publie, en 1852, une observation avec examen microscopique de Verneuil ; c'est là un des plus anciens documents histologiques. En 1857, Kiwisch tente une classification des tumeurs de l'ovaire, et signale pour la première fois la transformation ostéoïde d'un fibrome.

Rokitansky émet en 1864 l'opinion que les tumeurs

fibreuses de l'ovaire se développent aux dépens des corps jaunes. En 1866, Spiegelberg rapporte l'observation d'un fibrome, à l'examen microscopique duquel Virchow a trouvé des fibres musculaires lisses. Szürsminski cite dans sa thèse (1872) un cas nouveau ; Valdeyer démontre, par l'examen histologique de la pièce, la dégénérescence ostéoïde. La même année, Spencer Wells, qui n'admettait pas les fibromes ovariens, en opère deux ; il est convaincu.

Le premier travail d'ensemble est celui de Léopold, en 1874 ; il signale l'intégrité habituelle des trompes dans les cas de tumeurs fibreuses ovariennes. Ziembicki écrit sa thèse, en 1875, sur les tumeurs de l'ovaire. Patenko, en 1880, étudie la pathogénie des fibromes de l'ovaire. En 1881, Coe étudie la formation de kystes dans leur stroma. Spencer Wells, en 1883, étudie le diagnostic différentiel entre les fibromes ovariens et les fibromes utérins pédiculés. Apolant fait remarquer dans sa thèse, en 1885, que les fibromes sont très rares, les fibromyomes beaucoup plus fréquents.

Il faut signaler à cette époque deux thèses de Montpellier : celle de Castelnau, en 1890, et celle de Larnaudie, en 1891, sur les tumeurs fibreuses de l'ovaire. Cornil étudie leur histologie en 1893 ; puis se succèdent les thèses de Bourgouin, 1894 ; une étude de Picqué, 1896 ; la thèse de Lallemand et celle de Zumbüsch de Bonn, la même année. En 1898, Deligny écrit la sienne sur la pathogénie de l'ascite dans les tumeurs ovariennes ; Dartigues écrit dans la *Revue de Gynécologie*, une étude sur les tumeurs solides de l'ovaire. Testé, en 1900, Sendtner en 1901, Geibel, en 1902, Tchackmakoff, Gascheau, en 1903, écrivent leur thèse sur le même sujet. En 1904, Codet-Boisse étudie l'évolution maligne de ces tumeurs, et Coudert les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire.

En 1905, Puech, de Montpellier, publie dans la *Gazette des Hôpitaux* une importante monographie qui résume la question. Enfin, en 1907, Dreyfus consacre une étude aux tumeurs malignes de l'ovaire.

FREQUENCE, ETIOLOGIE

Les tumeurs solides de l'ovaire sont relativement rares. Léopold compte seulement 1,5 tumeurs solides pour 100 tumeurs liquides ; Greig Smith en compte 3 pour 100. Tédenat (in. th. Larnaudie) compte 11 tumeurs solides sur 125 interventions pour tumeurs de l'ovaire. Et parmi les tumeurs solides, les fibromes paraissent être de beaucoup les plus rares.

Assez fréquents pour Cruveilher et Virchow, ils sont exceptionnels pour Lawson Tait. Schauta n'accuse que 5 fibromes pour 100 laparotomies ; Spencer Wells compte 1,5 fibromes pour 100 tumeurs solides, et 3 pour 1000 laparotomies ; Léopold en trouve 16 pour 35. Ziembicki, dans sa thèse, signale un fibrome pour 15 tumeurs opérées et 1 pour 12 non opérées. Sur 114 observations de tumeurs solides rapportées par Larnaudie dans sa thèse, on ne compte que 27 fibromes. Martin a signalé 10 fibromes pour 527 tumeurs ; Kelly en a trouvé 4 cas sur 1000 laparotomies ; Hunner, sur 9.400 opérations gynécologiques, n'est intervenu que 9 fois pour des fibromes ovariques. Enfin, Glockner, en 1905, n'a réuni que 5 cas de fibromes sur 46 observations de tumeurs solides de l'ovaire.

Ces chiffres sont généralement trop faibles, et il faut tenir compte de plusieurs causes d'erreur. Tous les fibromes ovariens ne se manifestent pas pendant la vie, et quelques-uns peuvent rester méconnus ; ainsi Patenko

dit avoir trouvé sur 76 autopsies de femmes mortes d'affections quelconques, 12 fois des noyaux fibreux ovariens, atteignant parfois le volume d'un œuf de poule.

D'autre part, il est quelquefois très difficile de distinguer un fibrome d'un sarcome, et la confusion a dû plus d'une fois se produire. Les tumeurs volumineuses en particulier, telles que celle dont Spiegelberg rapporte l'observation (60 livres), semblent avoir été bien souvent des fibro-sarcomes. Les fibromes du ligament large peuvent aussi prêter à confusion, car ils contractent facilement des adhérences avec l'ovaire qu'ils peuvent même englober en partie. Les cas rapportés par Doran, par Darling, paraissent avoir eu cette origine.

Les traumatismes, la congestion ou l'état pathologique antérieur des ovaires (Cruveilher) ont été signalés comme causes occasionnelles ou prédisposantes des fibromes de l'ovaire. Il ne faut voir dans les faits rapportés à l'appui de cette opinion, que des coïncidences. L'influence de la grossesse sur l'apparition des tumeurs ovariques, admise par Dartigues, fut niée par Ladouce, qui se basait sur 40 observations. Fabre assimile la grossesse et surtout l'accouchement à un traumatisme, et lui accorde une certaine action. Il résulte cependant des nombreuses observations publiées qu'elle n'a aucune influence sur l'apparition des fibromes de l'ovaire. On compte autant de nullipares que de multipares parmi les sujets qui en sont porteurs. Puech signale sur 32 observations 14 nullipares, 6 vierges et 18 femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses.

Mais si la grossesse n'a pas d'influence sur l'apparition de ces tumeurs, elle semble en avoir une sur leur développement, qu'elle paraît hâter, ainsi que nous le verrons plus loin. C'est peut-être cette aggravation, révélant dans

quelques cas des tumeurs jusque-là latentes, qui a pu faire penser que la grossesse prédisposait au fibrome.

L'influence de l'âge sur le développement de ces tumeurs, paraît mieux établie. Léopold signale 13 cas de 5 à 30 ans pour 4 cas de 30 à 40 ans. Pour Ziembicki, les fibromes constituent les trois cinquièmes des tumeurs solides survenues après 30 ans. Puech trouve sur les 59 cas qu'il a réunis 4 cas au-dessous de 20 ans, 44 cas de 20 à 50 ans, 11 cas seulement au-delà de 55 ans. Il semble donc que les fibromes se rencontrent le plus souvent chez des femmes en pleine période d'activité génitale. Cependant, cette condition n'est pas absolue, et on peut citer des cas de tumeurs développées chez des enfants ou des jeunes filles avant l'instauration de la fonction menstruelle. Bianchi a observé, en 1891, une fillette de 8 ans, à qui on enleva un fibrome ovarien dont l'examen histologique fut pratiqué par Cornil. De même on peut en rencontrer chez des femmes âgées longtemps après la ménopause ; 20 ans après dans le cas de Jacob. Leudet opéra une femme de 73 ans ; Terrier, une femme de 77 ans. Ces limites d'âge extrêmes n'infirment en rien la démonstration de la statistique, ce sont là des faits tellement exceptionnels qu'ils sont presque classiques.

Nous ne citerons que pour mémoire un cas de Walter, dans lequel il rapporte avoir enlevé un fibrome de l'ovaire avec dégénérescence myxomateuse à une femme dont trois sœurs avaient souffert de tumeurs abdominales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Examen macroscopique. — Les fibromes de l'ovaire sont, en général, unilatéraux et siègent indifféremment sur l'un ou l'autre ovaire. Ce caractère d'unilatéralité, considéré comme constant par Picqué, n'est cependant pas absolu. Il ne serait pas d'ailleurs le privilège des seuls fibromes, mais aussi de toutes les tumeurs solides ; Ziembicki le signale 37 fois sur 38 tumeurs. Pfaunestiel a observé que une fois sur cinq, les fibromes étaient bilatéraux. Aux cas souvent cités de tumeurs doubles : cas de Terrier (obs. XIV), où un volumineux fibrome de l'ovaire droit coïncidait avec un ovaire gauche fibreux, de Warrens, de Morély, de Chaput (tumeur fibro-kystique de l'ovaire droit, petit fibrome de l'ovaire gauche), il faut ajouter ceux de Cullingworth, de Popow, de Bixby, de Polk.

Les tumeurs fibreuses de l'ovaire sont pelviennes ou abdominales, selon qu'on les considère à un stade plus ou moins avancé de leur développement. En effet, tant qu'elles sont de faible volume, elles restent dans le petit bassin et à cause de leur poids tombent dans les parties déclives. On les trouve en général dans le cul-de-sac de Douglas, quelquefois dans le cul-de-sac antérieur ; elles dévient alors l'utérus selon leur position. Mais au fur et à mesure de leur développement, elles s'élèvent, débordent le pubis et finissent par devenir abdominales, à moins

qu'elles ne soient retenues par des adhérences. Elles suivent ainsi un mécanisme analogue à celui qui préside à l'ascension de l'utérus pendant la grossesse (Freund). Elles sont alors très mobiles si elles sont abdominales, ou bien, au contraire, immobilisées si, retenues par des connexions, leur partie inférieure a continué à se développer dans l'excavation.

La surface extérieure des fibromes de l'ovaire est généralement lisse. Elle présente souvent des bosselures plus ou moins nombreuses, plus ou moins arrondies. Quelquefois des sillons profonds divisent la tumeur en lobes, et peuvent égarer le diagnostic (Veyssière). A leur surface, on peut voir par transparence des veines qui la sillonnent ; ces veines atteignent quelquefois un gros calibre, véritables sinus de la grosseur d'une plume d'oie (Tédenat). Il n'est pas rare d'y rencontrer de petits kystes.

La coloration de ces tumeurs est le plus souvent d'un blanc nacré ; d'autres fois d'un blanc rosé, blanc jaunâtre, gris blanc. Elle peut présenter des îlots plus foncés, rouges, vineux ; dans les cas où on a trouvé le pédicule tordu, la tumeur présentait une couleur violacée parsemée de points ecchymotiques noirâtres.

Dans la plupart des observations, les auteurs ont signalé que les fibromes de l'ovaire avaient conservé la forme primitive de la glande ; ils avaient la forme d'un gros ovaire très hypertrophié ; dans une de nos observations, la tumeur avait la forme d'un gros rein dont l'échancrure enclavait l'utérus ; dans les autres cas, elle est sphérique ou régulièrement arrondie. On a cependant signalé des tumeurs fibreuses se présentant sous la forme d'excroissances, comme incrustées dans un ovaire hypertrophié (Campbell). Il est probable que ces deux formes : tumeur à forme d'ovaire, et tumeur paraissant gref-

fée sur l'ovaire, correspondent à des modes de développement différents : les premières s'étant développées aux dépens du stroma, les secondes aux dépens des corps jaunes.

Leur volume est très variable ; à côté de tout petits noyaux fibromateux du volume d'une noisette, trouvés souvent par hasard au cours d'interventions pour d'autres affections, on a signalé des tumeurs très volumineuses, tel le cas souvent cité de Spiegelberg (60 livres). Rokitansky n'admet pas les gros fibromes ovariens, et se base sur la pathogénie. Pour Patenko, les seules tumeurs fibreuses ovariennes proviennent de la sclérose folliculaire et ne dépassent pas le volume d'un œuf d'oie. Les grosses tumeurs seraient constituées par la réunion de petites. Il n'est pas douteux cependant que les fibromes ovariens peuvent atteindre de grandes dimensions : l'examen histologique de grosses tumeurs l'a souvent prouvé. Depuis l'ovaire fibreux que l'on rencontre chez les femmes âgées et qui mérite à peine le nom de tumeur, ovaire simplement hypertrophié et dégénéré par un processus en quelque sorte physiologique, jusqu'à la grosse masse fibreuse remplissant l'abdomen, on trouve tous les intermédiaires.

Les fibromes de l'ovaire sont durs, fermes, de consistance égale en tous points quand ils ne sont pas kystiques ; ils sont exceptionnellement mous quand ils sont œdématiés (Kœberlé), ce qui arrive surtout quand il y a torsion du pédicule. On peut y sentir des points ramollis quand ils présentent des foyers de dégénérescence. Ils ont, au contraire, la dureté de la pierre lorsqu'ils ont subi la transformation calcaire, ce qui est assez fréquent, ou osseuse, ce qui est rare. Cette dureté peut être égale partout, ou limitée à certains points, selon que l'infiltration est diffuse ou qu'elle se manifeste seulement par des nodules.

Ils sont le plus souvent longuement pédiculés. Leur pédicule, long, mince, plus ou moins vasculaire, est constitué par le ligament utéro-ovarien hypertrophié et aminci ; il permet à la tumeur, lorsqu'elle n'a pas contracté d'adhérences, de se mouvoir facilement dans l'excavation ou dans l'abdomen. Quelquefois, ce pédicule est large et court ; rarement il manque, la tumeur s'étant développée dans le ligament large qu'elle a dédoublé.

La mobilité de la tumeur expose à une complication assez fréquente : la torsion du pédicule. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, cet accident se produirait surtout dans les cas de pédicule court (Dartigues, Dubar). Il se manifeste, surtout si la torsion s'effectue brusquement, par des symptômes cliniques bruyants, que nous exposerons plus loin ; la torsion peut être incomplète ou complète ; on peut rencontrer un ou plusieurs tours (deux tours dans les cas de Hunner, de Peterson).

A l'encontre de ce qui se passe dans les kystes de l'ovaire, les fibromes contractent rarement des adhérences avec les organes voisins. Ziembicki a noté que ces tumeurs sont libres 26 fois sur 36 cas. Waldeyer a attribué cette immunité à l'épithélium cylindrique qui les revêt et qui donne à leur surface les caractères d'une véritable muqueuse, peu apte à contracter des adhérences avec la séreuse péritonéale. Lorsqu'elles existent, ces adhérences se feraient au niveau de points dégénérés sur lesquels l'épithélium habituel aurait disparu ; cette pathogénie viendrait corroborer la remarque faite par Léopold en 1874, que les adhérences sont plus fréquentes chez les sujets âgés.

Les trompes sont presque toujours libres et indemnes ; ce fait, très remarquable, serait assez constant pour constituer un caractère différentiel d'avec les autres tumeurs,

en particulier d'avec les kystes. L'utérus reste également indépendant, bien que son contact avec la tumeur soit assez marqué pour qu'il en soit souvent dévié. Dans quelques cas de tumeur développée dans le ligament large, le contact est tel que le diagnostic peut être rendu difficile.

On a signalé des adhérences avec tous les organes voisins. Elles intéressent le plus souvent l'épiploon, quelquefois le gros intestin, l'S iliaque, l'intestin grêle, le côlon transverse, la vessie, le bassin (Spiegelberg). Ces adhérences ne sont pas, en général, très solides. Cependant, dans certains cas, elles ont pu nécessiter la résection d'une anse intestinale de la longueur d'un pied (Spencer), de 7 à 8 centimètres (Tédenat). Oscar Bloch signale qu'il se produit assez souvent des adhérences avec la vessie, surtout dans les fibromes inclus ; ces adhérences sont généralement difficiles à décoller. On conçoit quelle complication peut résulter de ce fait, au cours de l'opération.

Ascite. — De tous les symptômes qui accompagnent les tumeurs solides de l'ovaire, et en particulier les fibromes, l'ascite est certainement celui qui a été le plus souvent étudié. Ziembicki l'a trouvée 32 fois sur 36 tumeurs solides. Gunderlack a écrit, en 1887, une thèse sur l'ascite symptomatique des tumeurs ovariques et Deligny, en 1898, a fait la sienne sur un sujet analogue. Rare dans le cas de fibrome ovarien pour Léopold, elle est exceptionnelle pour Olshausen. De même Dartigues la juge peu fréquente. Picqué et Cornil la nient. Lallemand partage cet avis. Par contre, Castelnau l'a trouvée constamment et en fait un signe pathognomonique. Larnaudie l'a rencontrée 16 fois sur 22 cas, Codet-Boisse 16 fois sur 17 fibromes, Doran 5 fois sur 11, Glockner 4 fois sur 5. Pozzi en-

seigne qu'elle est fréquente ; Roberts et Sinclair, cités par Briggs, en font un signe sûr de fibrome de l'ovaire.

On a voulu tirer de ces statistiques un élément de diagnostic : 1° entre les tumeurs solides et les tumeurs liquides ; 2° entre les tumeurs solides malignes et les tumeurs solides bénignes. Il est bien difficile cependant de tirer des faits des conclusions absolues. Patenko a voulu faire de l'ascite un symptôme frappant qui manque rarement dans les cas de tumeurs ovariennes solides, et qui doit en imposer le diagnostic, car elle est rare dans les tumeurs utérines, même pédiculées, et ne se rencontre avec les kystes que s'ils sont végétants. Il est, certes, admis que l'ascite est rare avec les tumeurs liquides ; Terrillon ne l'a trouvée qu'une fois sur 68 ovariotomies ; mais que penser, si l'on se reporte à la statistique de Terrier, qui sur 100 ovariotomies pour kystes, a trouvé 11 fois une ascite abondante, et 25 fois une ascite légère.

La plupart des auteurs ont voulu faire de l'ascite dans les tumeurs solides de l'ovaire un signe de malignité. Cette notion est même généralement admise. Larnaudie conclut que si l'ascite manque quelquefois dans les fibromes, elle ne manque jamais dans les tumeurs malignes ; elle est, dans ce cas, précoce, abondante, rebelle. On a cependant cité des cas de fibro-sarcomes sans ascite (Deligny). Picqué et Cornil admettent que l'absence d'ascite dans le cas de tumeur solide de l'ovaire est signe certain de fibrome ; l'épanchement ne se produirait, en effet, pour eux que dans les cas de dégénérescence sarcomateuse du néoplasme.

Nous ne pensons pas que l'on puisse être aussi absolu. On a cité de très nombreux cas de fibromes histologiquement démontrés, accompagnés d'ascite, quelquefois même très abondante ; et d'autres cas aussi nombreux peut-être

dans lesquels on n'en a pas constaté de traces. Et, des statistiques qui reposent sur un nombre suffisant d'observations, telle celle de Peterson, établie sur 84 cas de fibromes de l'ovaire, il résulte qu'on rencontre l'ascite dans 40 pour 100 des cas environ. En résumé, bien qu'elle paraisse un peu plus fréquente dans les cas de sarcome ou de cancer, on ne peut tirer de sa présence aucune déduction quant à la malignité, ni quant à la nature histologique de la tumeur. Lorsqu'il existe, l'épanchement présente certains caractères : il apparaît, en général, tardivement ; tantôt peu à peu, tantôt brusquement, et récidive rapidement, après la ponction.

La pathogénie de l'ascite symptomatique des tumeurs ovariennes n'est pas très claire et de nombreuses théories ont été émises pour l'expliquer. Il est inutile de s'arrêter à la théorie de Cornil, qui pense que l'ascite ne peut se produire que quand il y a greffe de végétations sur le péritoine ; on ne devrait donc jamais la rencontrer dans le cas des tumeurs qui nous occupent. Pour Olshausen (cité par Deligny), elle serait due à la congestion du péritoine par compression veineuse, et à la transsudation qui en résulterait ; cette théorie n'explique pas pourquoi elle manque le plus souvent dans les cas de gros fibromes qui doivent exercer une compression plus forte et plus étendue, et tandis qu'elle existe, au contraire, dans les cas de très petites tumeurs. Waldeyer croit à la sécrétion de l'épithélium de revêtement ; mais pourquoi l'ascite, qui accompagne un kyste sans végétations extérieures, n'a-t-elle pas la même composition chimique que le contenu du kyste, qui est, lui, certainement dû à la sécrétion épithéliale. Nicaise a parlé de la compression des uretères ; comment pourrait-elle provoquer l'ascite ? Ziembicki et Gunderlack attribuent l'épanchement à l'irritation chro-

nique du péritoine. L'observation des faits démontre qu'il en est probablement ainsi. En effet, l'ascite qui accompagne presque toujours les tumeurs petites, bosselées, à surface irrégulière, longuement pédiculées, sans adhérences, et par conséquent très mobiles, se rencontre beaucoup plus rarement dans le cas de grosses tumeurs, lisses, immobilisées, soit par des adhérences, soit par leur volume même. Terrier, Gunderlack admettent cette action, mais en faisant intervenir la dégénérescence de l'épithélium de la tumeur, qui se comporterait ainsi comme un corps étranger et provoquerait de l'irritation et même de l'inflammation.

La composition habituelle du liquide ascitique recueilli dans ces cas semblerait à l'appui de cette manière de voir. Ce liquide, en effet, en général limpide, jaune, assez souvent hémorrhagique, a plutôt le caractère des liquides inflammatoires, que celui des liquides hydropiques. Il contient plus de résidus fixes, il est assez riche en albumine, et si on le laisse au repos dans un vase, on trouve habituellement le lendemain un léger coagulum de fibrine (Gunderlack). On a voulu tirer de l'examen du liquide ascitique obtenu par ponction, un élément de diagnostic quant à la nature histologique de la tumeur. Quénu admet que tout liquide contenant une très grande quantité de résidus fixes, 75 ou 100 grammes par litre, est symptomatique d'un kyste végétant papillaire, et doit faire rejeter le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire, et en particulier, de fibrome. L'examen microscopique montrerait aussi dans ces cas des placards d'épithélium analogues à l'épithélium de revêtement de la tumeur. Sébileau, au contraire, conclut que la proportion des matières fixes n'a qu'une valeur relative, et qu'il n'existe pas un seul caractère du liquide

qui permette d'affirmer qu'il provient du péritoine plutôt que d'une tumeur ovarique.

En résumé : les fibromes ovariens s'accompagnent souvent d'ascite, mais souvent aussi ce symptôme manque. Toutes ces tumeurs, même les kystes mucoïdes pouvant s'accompagner d'ascite, il ne faut pas accorder à ce signe une bien grande valeur, ni au point de vue du diagnostic, ni au point de vue du pronostic.

Examen de la coupe. — Les tumeurs fibreuses de l'ovaire ont à la coupe un aspect qui souvent pourra faire préjuger de leur nature. Leur tissu dur et dense crie sous le couteau et offre une résistance spéciale. Leur texture est en général, assez caractérisée, pour qu'on distingue à l'œil nu des faisceaux de fibres entrecroisées en tous sens, sans ordre ; plus rarement on y voit des fibres disposées en tourbillons, comme on voit d'habitude dans les fibromes utérins. Cette disposition a cependant été plusieurs fois signalée (Veyssière, Bagot). Le tissu paraît homogène comme consistance et sa couleur est généralement blanche, uniforme. D'autres fois, en particulier en cas de pédicule tordu, il est de couleur rouge foncé uniforme, ou seulement parsemé de taches ecchymotiques brunâtres. On le trouve souvent creusé de vacuoles plus ou moins nombreuses, remplies d'un liquide louche ou brun rougeâtre, qui constituent des foyers de nécrobiose. Ces foyers peuvent se réunir pour constituer de larges zones de sphacèle de couleur brunâtre ou verdâtre (Bauby). Dans quelques cas, les vacuoles ont pu être expliquées par la transformation graisseuse des foyers de dégénérescence; le professeur Kiener a pu établir cette origine dans un cas cité par Castelnau. On y trouve enfin de véritables kystes tapissés d'épithélium et contenant un liquide souvent

transparent et clair. L'origine de ces kystes a été diversement interprétée. Pour Cornil, leur absence étonnerait plutôt que leur présence, l'ovaire contenant normalement de vrais kystes physiologiques : ovisacs, vésicules de Graaf, corps jaunes. Léopold, Coe, Patenko, les font dériver de la dilatation des espaces lymphatiques, d'autres de follicules de Graaf hypertrophiés ou de vaisseaux dilatés. Cruveilher, et plus tard Malassez, font provenir les fibromes qui en contiennent de tumeurs primitivement kystiques dans lesquelles la charpente fibreuse s'est développée de façon exagérée, devenant ainsi prépondérante.

Les fibromes ovariens se distinguent des tumeurs utérines analogues en ce qu'ils ne possèdent pas de capsule. A leur périphérie on trouve un tissu conjonctif plus serré formé presque exclusivement de fibrilles. Ce tissu forme une sorte de couche corticale qui se laisse arracher par endroits, mais en entraînant des lambeaux de la tumeur ; on ne peut donc les énucléer.

Examen microscopique. — Cruveilher étudiant, en 1856, les fibromes de l'ovaire, ne les différencie pas au point de vue de leur constitution des polypes utérins ; il les considère comme des tumeurs à organisation rudimentaire, fort peu vasculaires et toujours privées de nerfs. Spiegelberg, Léopold, ont nié l'existence du fibrome pur ; la présence de fibres musculaires est pour eux constante. Pour Virchow, les corps fibreux de l'ovaire n'ont avec les fibromyomes utérins que des rapports d'aspect et de consistance ; ils n'ont aucun rapport de texture ; on n'y rencontre que très exceptionnellement, ou même jamais, de fibres musculaires apparentes complètement développées ; il fait remarquer qu'il est d'ailleurs très difficile de distinguer les petites fibres musculaires atrophiées, des corpuscules

du tissu conjonctif. Waldeyer, Spencer Wells, n'admettaient pas non plus la possibilité de fibres musculaires dans une tumeur ovarique.

Aujourd'hui, tout le monde admet que si les fibromes purs sont rares, on les rencontre du moins quelquefois. Nous en apportons dans ce travail deux observations nouvelles. De même les myomes purs, cependant exceptionnels, ont été signalés, tels les cas de Sangalli et de Doran. Les tumeurs fibreuses ovariennes sont donc le plus souvent des fibromyomes à prédominance de tissu fibreux, beaucoup plus rarement des fibromes purs.

A l'examen microscopique d'un fibrome pur, on voit, d'après Seeger : une capsule constituée par un amas assez épais de tissu conjonctif, et des cellules conjonctives très clairsemées. De la capsule émanent de larges travées de tissu conjonctif, se croisant en tous sens, et dont la trame sépare des cellules fusiformes à long noyau. Ces cellules, toujours isolées les unes des autres, ne sont pas rassemblées en groupes. Dans quelques cas, les fibres conjonctives ont une disposition plus régulière et sont disposées concentriquement autour des vaisseaux. La tumeur est, en général, tapissée par un épithélium cylindrique. Le plus souvent, à l'examen des tumeurs fibreuses, on constate la présence de fibres musculaires lisses plus ou moins nombreuses au milieu de ce stroma, et surtout au voisinage des vaisseaux. Les vaisseaux s'y rencontrent sous deux formes : les plus petits sont réduits à leur endothélium, les autres possèdent leurs trois tuniques. Dans certains cas, ces vaisseaux deviennent très nombreux et très volumineux, et transforment en quelque sorte la tumeur en une masse de tissu caverneux. On a alors affaire à la forme que Spiegelberg appelle fibrome caverneux, et dont il fait une forme de transition du fibrome au sarcome. Ranvier, sur une

coupe de fibrome ovarien, traitée par l'acide osmique, a trouvé une quantité assez grande de fibres nerveuses, dont quelques-unes à myéline. On s'expliquerait ainsi la persistance de la sensibilité ovarique qui a été plusieurs fois signalée.

Les fibromes ovariens sont souvent le siège de dégénérescences et de transformations. La dégénérescence graisseuse a été signalée par Terrier, par Castelnau. Codet-Boisse trouve que sur 22 fibromes ovariens, 12 ont une évolution maligne, 10 une évolution bénigne. Cette évolution maligne, due souvent à l'éclosion ou au développement de noyaux sarcomateux, se ferait en général chez les femmes ayant dépassé 30 ans. Dans aucun cas, il n'a trouvé d'hérédité néoplasique, mais il a presque toujours constaté des grossesses antérieures. La dégénérescence sarcomateuse est assez fréquente, soit qu'il préexiste des cellules sarcomateuses latentes qui se substituent peu à peu aux éléments de la tumeur, soit que ces cellules dérivent de ces éléments. Cette transformation se manifeste toujours par la symptomatologie bruyante des tumeurs malignes.

La transformation calcaire a été souvent constatée. La littérature médicale compte sur 85 cas de fibromes purs, 10 à 12 fibromes calcifiés (Dubar).

Tantôt cette transformation s'opère par îlots séparés, tantôt l'infiltration est diffuse, et paraît intéresser régulièrement tout le stroma. La tumeur est alors de consistance pierreuse; sa surface, souvent irrégulièrement mamelonnée, présente par places des nodosités de consistance cartilagineuse, et qui semblent surajoutées et comme incrustées dans la masse totale (Dubar). On ne peut la couper qu'après décalcification ou la scier. La coupe montre alors, soit des nodosités nombreuses, surtout au centre, de couleur blanc jaunâtre, soit une masse uniformément

incrustée. Les tumeurs calcifiées n'acquièrent jamais un gros volume (520 grammes, Dubar ; le volume du poing, Polano ; 230 grammes, Prokowski.) Cette infiltration pourrait se faire, soit dans les faisceaux conjonctifs (Prokowski), soit dans les cellules mêmes (Williams). Elle paraît précédée par la dégénérescence hyaline du tissu, car l'examen des coupes après décalcification, montre les nodules entourés d'un tissu homogène, sans noyaux.

La transformation osseuse est très rare ; elle a été rencontrée par Waldeyer et Kleinwachter. La suppuration a été signalée par Rokitansky ; elle surviendrait, en général, à la suite de torsion du pédicule qui provoquerait des hémorrhagies interstitielles par ischémie, et par infection secondaire des foyers hémorrhagiques. Il faut signaler aussi la dégénérescence tuberculeuse dont on trouve un exemple dans l'observation IV, et sur laquelle nous reviendrons plus loin.

PATHOGENIE

Le nombre des théories émises au sujet de la pathogénie des fibromes de l'ovaire, montre bien quelle incertitude règne sur ce point. Nous ne citerons que pour mémoire les théories anciennes qui, à une époque où la présence de fibres musculaires dans l'ovaire était mise en doute, faisaient provenir de l'utérus ou du ligament large toutes les tumeurs qui en contenaient. Pour Spencer Wells, pour Schrœder, la plupart des prétendus fibromes ovariens n'auraient pas eu d'autre origine. De même on ne peut se baser sur la coexistence d'un fibrome et d'un kyste dermoïde (Duroux, Delore), ou d'une tumeur à fibres musculaires striées (Vignard), pour leur attribuer une origine congénitale. La coïncidence de la fibromatose utérine avec un fibrome ovarien, signalée par Dupuytren, Meckel, Safford Lee, et plus récemment par Briggs, ne doit pas non plus nous arrêter.

Rokitansky ayant rencontré deux cas d'une variété de fibromes provenant de la cicatrice d'un corps jaune, n'admet pas d'autre origine aux tumeurs fibreuses de l'ovaire, et ne considère comme vraiment ovariennes que celles qui sont de petites dimensions. Klobb (cité par Puech), admet cette origine, mais pense qu'elle permet d'observer de grosses tumeurs. Cette pathogénie paraît démontrée au moins dans quelques cas récents. Milian a présenté à la

Société anatomique, en 1902, un ovaire gros comme un œuf de dinde ; l'examen histologique, pratiqué par Cornil sur cette pièce, a montré la glande saine ; l'hypertrophie était due à la présence de corps jaunes fibreux, volumineux, que l'on reconnaissait à leurs contours festonnés et au pigment jaune riche en fer et en cholestérine qui les bordait.

Patenko, en 1880, ayant trouvé sur 76 autopsies de femmes mortes d'affections quelconques, 12 fois des noyaux fibreux ovariens, a déduit après examen, que les tumeurs fibreuses de l'ovaire naissent toujours d'un follicule de Graaf. Il s'agirait d'une simple sclérose folliculaire plutôt que d'un véritable néoplasme, et il considère que les tumeurs d'origine vraiment ovarienne n'atteignent jamais un volume supérieur à celui d'un œuf d'oie. Les tumeurs plus volumineuses seraient dues à la réunion de petites, ou proviendraient d'un autre organe.

Cruveilher, qui admet l'influence de l'hypertrophie physiologique des ovaires pendant la grossesse, décrit ainsi l'évolution qui transforme en tumeurs fibreuses solides les kystes aréolaires : « Les kystes aréolaires de l'ovaire ont une charpente fibreuse ; quelquefois leur charpente fibreuse l'emporte sur la partie kysteuse dont les mailles deviennent de plus en plus serrées, et les parois de plus en plus épaisses... Les faits conduisent par degrés insensibles des kystes aréolaires à larges mailles aux kystes fibreux à petites mailles dans lesquels la cellule ou le kyste n'occupe que la plus petite place, et enfin de ce tissu kysteux aréolaire au corps fibreux proprement dit. » Il se base, pour émettre son opinion, sur les cas où il a pu observer une tumeur constituée par un noyau fibreux entouré d'une zone aréolaire à travées fibreuses, enfin d'une couche externe de petits kystes distincts. Il admet donc

le passage des kystes fibreux aux fibromes kystiques. Herbert Spencer place le point de départ des fibromes ovariens dans la tunique fibreuse du follicule de Graaf, Fairbank dans la tunique albuginée.

Il est aujourd'hui admis que la plupart de ces tumeurs se développent aux dépens de tout le stroma ovarien. La fibromatose diffuse que l'on constate, en général, à la coupe, indique qu'il s'agit plutôt d'une véritable dégénérescence fibreuse de l'organe (Pozzi). Il serait donc intéressant de rapprocher ces formations de celles que Cruveilher décrivait sous le nom de sclérose atrophique, correspondant à un processus physiologique de régression, et de sclérose hypertrophique répondant à un processus d'inflammation. Cette sclérose, ainsi qu'il résulte de plusieurs observations, serait périvasculaire ; on trouve, en effet, constamment, quand les fibres ont la disposition concentrique, les vaisseaux au centre, les éléments les plus jeunes autour, enfin, à la périphérie, les éléments adultes.

Les fibres musculaires lisses ont dans quelques cas pour origine les fibres que l'on rencontre normalement au niveau du hile de l'ovaire ; mais il résulte de nombreuses observations, qu'elles proviennent, le plus souvent, de celles des vaisseaux. Seeger rapporte un cas, dans lequel l'examen microscopique montra, au milieu du tissu fibromateux classique, des groupes de fibres musculaires toujours et exclusivement rangées autour des vaisseaux. Lasso a réuni 49 observations de fibromes ovariens, dans lesquels l'examen microscopique avait permis de reconnaître des fibres musculaires ; ces fibres, dans tous ces cas, avaient très nettement la tunique des vaisseaux pour origine.

En résumé, chacune de ces théories pathogéniques répond à quelques cas. Et si le plus souvent les fibromes dé-

rivent bien du stroma de l'ovaire, qui a uniformément subi la dégénérescence fibreuse et l'hypertrophie, — telles sont les grosses tumeurs à texture homogène, sans vestiges reconnaissables de la glande, — dans certaines l'origine folliculaire est incontestable. A cette origine répondraient les tumeurs petites, dans lesquelles l'ovaire est partiellement sain, et qui présentent quelquefois de véritables nodules fibreux ou des excroissances comme dans le cas de Campbell. D'autre part, il semble qu'il faille aussi admettre la transformation fibreuse des kystes, qui expliquerait bien des fibromes kystiques.

SYMPTOMATOLOGIE

A leur période de début, les fibromes ovariens restent le plus souvent latents, leur marche est insidieuse, et c'est souvent le hasard d'un examen médical ou d'une intervention pour une autre affection qui a permis de les diagnostiquer. A leur période d'état, ils se manifestent par des troubles fonctionnels et des symptômes physiques, qui varient selon que la tumeur est pelvienne ou abdominale. Dans le premier cas, il y a prédominance des troubles fonctionnels ; dans le second, ce sont les symptômes physiques qui attirent surtout l'attention.

1° La tumeur est pelvienne : les symptômes fonctionnels se traduisent par des troubles de la menstruation, des douleurs, des phénomènes de compression vasculaire ou viscérale, des troubles de l'état général.

Les troubles menstruels sont caractérisés par des métrorrhagies, des ménorrhagies ou de l'aménorrhée. Sur 21 observations, Dartigues a noté 7 fois de la métrorrhagie ou de la ménorrhagie, 7 fois l'aménorrhée, dans 7 cas les règles étaient restées normales. Tchakmakoff note sur 22 cas : 6 fois la menstruation normale, 8 fois de la métro ou ménorrhagie, 8 fois de l'aménorrhée. Picqué ne voit là qu'une coïncidence, et attribue les hémorragies à une endométrite concomitante. Dartigues les rattache, au contraire, à l'existence d'un fibrome ovarien, et se base sur

la concordance de leur apparition avec celle de la tumeur et l'absence habituelle de leucorrhée, symptomatique d'endométrite. Il faut aussi noter leur disparition après l'ablation du néoplasme. Les statistiques prouvent avec évidence que les troubles menstruels se rencontrent dans les deux tiers des cas. Les métrorrhagies sont les plus fréquentes, elles sont quelquefois menaçantes par leur durée et par leur abondance ; elles surviennent par périodes profuses, avec des rémissions, et finissent par anémier la malade. Dans certains cas, elles marquent le début des troubles (Bégouin). Les ménorrhagies ont été signalées par Picqué, Mundé, etc. Lewers, dans une étude récente, a appelé l'attention sur l'importance des hémorrhagies après la ménopause pour le diagnostic des néoplasmes ovariens. Les fibromes de l'utérus, les altérations de sa muqueuse, n'ont pas le privilège de cet accident, et dans trois cas, il a pu en rapporter la cause à des fibromes de l'ovaire.

L'aménorrhée est très fréquente ; elle s'installe le plus souvent après une diminution progressive des règles. Elle est indépendante de l'âge de la femme, et ne peut s'expliquer ni par une cause physiologique, ni par une affection utérine ; son début paraît en rapport, soit avec le début de la tumeur, soit avec une aggravation survenue dans son développement. Elle est plus fréquente dans les cas de tumeur grosse et chez les nullipares (Guillaume Louis). Il est à remarquer que les troubles menstruels sont, dans une certaine mesure, indépendants du volume de la tumeur ; qu'ils peuvent être très marqués dans le cas de tumeur petite et absents dans des cas de tumeurs très grosses. Dartigues a cependant fait remarquer que les gros néoplasmes, provoquant la congestion de l'utérus par compression vasculaire, causent des hémorrhagies plus abondantes.

Les douleurs sont quelquefois la première manifestation de la tumeur. Elles sont tantôt sourdes, continues, intermittentes ; tantôt vives, avec des paroxysmes simulant des coliques. Elles sont accrues par la palpation profonde et s'exaspèrent souvent à l'époque des règles (Segond, Dubar). Elles surviennent quelquefois par périodes, puis disparaissent sans cause apparente. La marche, la fatigue peuvent les réveiller. Elles peuvent se réduire à une sensation de lourdeur, de pesanteur dans le bas-ventre, de tiraillement ou bien être extrêmement vives, parfois intolérables. Elles siègent ordinairement dans la région annexielle ; quelquefois à l'hypogastre ; ou bien elles prennent le caractère névralgique et s'irradient le long des trajets nerveux, dans la région lombaire ou dans les membres inférieurs, ainsi que nous l'avons noté dans nos observations. On peut les attribuer soit à la compression nerveuse, ce qui est le cas le plus fréquent, soit à la pelvi-péritonite, soit au tiraillement des adhérences. Dans un cas de Millot-Carpentier, où la douleur était excessive, on trouva une tumeur enclavée dans le petit bassin. Dartigues admet que le seul développement de la tumeur peut les produire. La douleur est un symptôme très fréquent, mais il peut manquer même dans le cas de grosse tumeur (grosse comme un football, Campbell ; pesant 2 kilogrammes, Mériel).

Les troubles résultant de la compression des vaisseaux apparaissent secondairement aux troubles menstruels, car bien qu'ils puissent apparaître avec des tumeurs petites, ils sont le plus souvent causés par les grosses. Ils se traduisent par l'œdème des membres inférieurs et l'apparition d'un réseau veineux sous-cutané abdominal. Ces troubles sont rares quand la tumeur évolue sans complications ; par contre, l'œdème est constant dans les fibromes à évo-

lution maligne. Il débute alors par les membres inférieurs ; il est blanc, mou, dépressible, non douloureux, permanent. Il ne peut cependant être toujours expliqué par la compression (Codet-Boisse).

La compression des nerfs se manifeste beaucoup plus souvent ; elle se traduit par les douleurs que nous avons mentionnées ; elle porte surtout sur le plexus lombo-sacré, sur le sciatique, le crural.

Les compressions viscérales se produisent surtout quand la tumeur est enclavée et quand il y a grossesse concomitante. La compression de l'intestin et du rectum se traduit par une constipation opiniâtre, qui s'aggrave quand il existe des adhérences avec l'intestin ou l'épiploon, de troubles du péristaltisme. L'occlusion intestinale n'a jamais été signalée. La compression de la vessie provoque des troubles de la miction ; une malade de Dubar était prise de besoin impérieux d'uriner dès qu'elle était debout (observation IX). Ces besoins fréquents ont été plusieurs fois signalés. On a noté dans quelques cas la douleur ou la difficulté à la miction. On peut quelquefois déceler par la percussion la vessie pleine et distendue.

La compression des uretères n'a jamais été signalée, si ce n'est pas Nicaise ; on n'a jamais constaté l'hydronéphrose ou la néphrite ascendante qui en eût été la conséquence. Cet accident est plutôt rencontré dans le cas de fibrome utérin ou de fibrome inclus, tumeurs qui, généralement retenues dans le petit bassin, s'enclavent plus facilement.

Il est généralement admis que dans le cas de fibrome de l'ovaire, l'état général reste bon, alors qu'il s'altère très rapidement dans le cas de tumeur maligne. Il en est certes habituellement ainsi ; mais de même qu'un sarcome, un cancer de l'ovaire peuvent rester longtemps latents,

de même il arrive que des fibromes de l'ovaire présentent la symptomatologie alarmante des tumeurs les plus malignes ; et il ne s'agit plus ici des troubles généraux qui peuvent être occasionnés par la tumeur, considérée au point de vue de son volume, de sa mobilité, des phénomènes mécaniques de compression ou d'irritation, mais de phénomènes graves, indépendants de tout volume, simulant le tableau des néoplasies les plus redoutables. A un moment donné, sans cause apparente, l'appétit diminue et disparaît ; l'amaigrissement survient ou s'accentue, la diarrhée ou la constipation s'établissent. La malade est pâle, respire mal ; elle présente des troubles cardiaques, de la dyspnée, tantôt d'origine mécanique, tantôt causée par l'œdème pulmonaire ou par un épanchement pleurétique. La toux est fréquente, sèche et quinteuse ; et si l'on n'intervient pas au plus tôt, ces symptômes s'aggravent très rapidement et conduisent la malade à l'asthénie et à la cachexie. Il s'agit quelquefois, il est vrai, dans ce cas, de fibromes subissant la transformation sarcomateuse, mais il est des cas analogues, où l'on a pu vérifier, par l'examen microscopique, que l'on avait eu affaire à des fibromes purs (Codet-Boisse, Guelliot). Ces phénomènes disparaissent d'ailleurs rapidement après l'ablation de la tumeur.

Tant que la tumeur est pelvienne, les signes physiques sont peu marqués, et l'inspection, la palpation et la percussion ne donnent que fort peu de renseignements. Le toucher combiné au palper est ici le seul mode d'investigation à employer. Il permet de juger de la situation du col, qui est généralement dévié en avant, quelquefois en arrière. Du côté occupé par la tumeur, le cul-de-sac sera effacé. C'est dans le Douglas que l'on percevra le plus souvent le néoplasme comme une masse lisse, plus ou moins bosse-

lée, consistante et présentant parfois des sillons qui peuvent égarer le diagnostic (Veyssière). Cette masse est mobile, à moins qu'elle ne soit enclavée ; les mouvements qu'on lui imprime ne sont pas transmis à l'utérus ; elle est indépendante.

2° *Lorsque la tumeur est abdominale,* les signes physiques sont prépondérants. L'inspection pourra montrer le ventre augmenté de volume : son développement peut être dû soit à la tumeur, soit à l'ascite. Dans le cas de Spiegelberg, la tumeur mesurait $51^{cm} \times 40^{cm} \times 23^{cm}$ et pesait 30 kilogs ; l'abdomen qui la contenait était énorme. De même dans le cas rapporté par Dagron (10 kilogrammes), par Picqué (4 kilogr. 800). Lorsqu'il y a de l'ascite, la percussion permettra de la déceler par les moyens habituels. Le réseau veineux caractéristique des ascites d'origine cirrhotique peut ici manquer, car l'épanchement se produit en général très rapidement. Il peut être très abondant (30 litres dans le cas de Postemki), et rendre impossible toute investigation. Spencer Wells a dû une fois ponctionner l'abdomen afin de pouvoir l'explorer, et n'a pu faire qu'après évacuation le diagnostic de fibrome de l'ovaire. Dans les cas d'ascite abondante et de tumeur abdominale mobile, on peut percevoir le phénomène du ballottement abdominal.

Si le liquide est absent ou peu abondant, le palper permettra de reconnaître la tumeur, qui est souvent latérale, presque toujours très mobile. Le toucher ne donne plus de renseignements à ce moment ; la tumeur est trop haut située et le doigt ne peut l'atteindre. On pourra cependant, en imprimant des mouvements au col, se rendre compte de l'indépendance de la tumeur, qui est le plus souvent libre, mais qui peut être immobilisée par des adhérences. Le palper peut exceptionnellement faire percevoir le pédi-

cule du fibrome comme un cordon tendu (Dubar, Prokowski). L'hystérométrie permettra de mesurer la cavité utérine et de rapporter à l'ovaire le néoplasme, si elle n'est pas augmentée. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement spécial. Quant à l'auscultation, quelquefois pratiquée, elle donne des résultats auxquels il ne faut pas se fier ; elle a fait, dans un cas où le fibrome transmettait les battements aortiques, porter le diagnostic de grossesse (Rouffart). Quand il s'agit d'une tumeur très vasculaire, elle peut faire entendre un souffle, analogue à celui de l'utérus gravide, et qui doit faire penser au sarcome plutôt qu'au fibrome.

EVOLUTION

L'évolution des fibromes de l'ovaire est en général lente. Ils restent latents pendant de longues années et peuvent même ne jamais se manifester pendant la vie. C'est ainsi que Patenko a pu trouver dans ses autopsies 12 fois des ovaires fibreux, chez des femmes qui n'en avaient jamais souffert. Prokowski a opéré une femme d'un fibrome 28 ans après qu'il avait été constaté. Nous avons vu que la symptomatologie des fibromes ovariens n'est pas habituellement très bruyante ; il n'en est pas toujours ainsi. Quelquefois, sans cause apparente, une tumeur, jusque-là restée indolente, se met à augmenter rapidement de volume ; l'ascite se constitue ou augmente ; l'état général, qui était resté satisfaisant, devient mauvais ; tous les troubles que nous avons énumérés plus haut se déclarent, et la malade meurt rapidement de cachexie. Si l'on intervient à temps, les symptômes s'amendent et la guérison survient rapidement. L'examen histologique a quelquefois démontré la présence dans de telles tumeurs de cellules embryonnaires, aussi a-t-on expliqué ces accidents en disant qu'on avait eu alors affaire à des tumeurs malignes ; mais dans un grand nombre de cas, il a pu être fait la preuve qu'il s'agissait de simples fibromes. La transformation sarcomateuse n'est pas très rare ; la dégénérescence myxomateuse ou cancéreuse se rencontre moins souvent. On constate alors tous les signes cliniques ca-

ractéristiques des néoplasmes malins. La ménopause ne paraît influer de façon absolue ni sur l'apparition, ni sur l'évolution des fibromes ovariens. Dans le cas de Terrier, la tumeur était apparue très longtemps après ; dans les cas de Ledoux et de Picqué, elle paraît avoir été le signal d'une aggravation très marquée.

La grossesse vient fréquemment compliquer les tumeurs solides de l'ovaire. Coudert, dans sa thèse, conclut qu'elle exerce le plus souvent une action fâcheuse sur le développement du fibrome ; celui-ci augmentera promptement de volume et tendra vers la dégénérescence maligne. Spencer Wells cite un cas de tumeur fibreuse de l'ovaire indolente, qui, dès le quatrième mois, s'accrut très rapidement. Il en est de même dans deux observations de Coudert. Cet accroissement serait dû à la suractivité vitale des éléments cellulaires, qui s'expliquerait par la vascularisation plus grande de l'appareil génital. Wernich, Braxton Hicks, Spencer Wells vont plus loin encore, et concluent d'après leurs observations, que la grossesse pousse constamment à la malignité. Il ne faut voir là que coïncidences, car la dégénérescence maligne se produit souvent sans la grossesse. Ruge conclut que c'est pendant la grossesse, et non comme conséquence, que le caractère malin de la dégénérescence s'accentue.

Les fibromes de l'ovaire influent à leur tour sur la grossesse. Lorsqu'ils sont volumineux, ils provoquent l'accouchement prématuré. Ils ne paraissent pas influencer le travail quand ils sont abdominaux, mais causent des dystocies quand ils sont pelviens. Ils peuvent s'enclaver du fait de la pression de l'utérus gravide, et ne peuvent se réduire, selon le mécanisme indiqué par Tarnier, pour les fibromes utérins, à cause de leur indépendance. Le travail peut produire, par la compression de la tumeur, du

sphacèle, de la gangrène ou des hémorrhagies intra-abdominales par déchirure des adhérences. Le pronostic est grave ; dans les cas de grossesse accompagnée de fibrome de l'ovaire, la mortalité maternelle est de 61 pour 100, la mortalité infantile de 70 pour 100 (Coudert) ; aussi doit-on toujours intervenir aussitôt la tumeur diagnostiquée.

La torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire, signalée par quelques auteurs, est beaucoup moins fréquente que la torsion du pédicule des kystes, mais elle s'accompagne rarement de symptômes aussi graves. Cela pourrait s'expliquer ainsi : par suite de la gêne circulatoire, les veines gonflées peuvent se rompre dans le kyste, produisant les symptômes d'une hémorragie, quelquefois très abondante, tandis que dans les tumeurs fibreuses, l'hémorrhagie ne peut pas être très forte. Cet accident peut survenir brusquement et s'accompagner de poussées de pelvi-péritonite quelquefois très aiguë (Guelliot). On trouve dans ces cas, à l'ouverture de l'abdomen, le péritoine congestionné, noirâtre, la tumeur violacée, gorgée de sang. Le diagnostic de pédicule tordu est rarement fait. Johnson en rapporte 7 observations, dans lesquelles il avoue ne l'avoir jamais porté. Dans le cas d'accidents aigus, si on trouve la tumeur dure, volumineuse, on pourra en tenant compte de la brusquerie d'apparition des symptômes, soupçonner la torsion du pédicule ; dans les cas de kyste, la torsion s'accompagne fréquemment d'augmentation brusque de la tumeur et des signes d'une hémorrhagie interne.

L'inflammation, la suppuration, peuvent compliquer les fibromes de l'ovaire (Rokitansky). Cette suppuration, pour certains, aurait pour origine des lésions annexielles concomitantes (Veyssière).

La calcification, à l'encontre des autres transformations, des fibromes ovariques, donne à ces tumeurs un caractère

de bénignité particulier. A part de rares exceptions (un cas de Guelliot avec torsion du pédicule), elle marque un temps d'arrêt dans l'évolution de la tumeur ; ce fait viendrait donc à l'appui de la théorie qui fait de l'infiltration calcaire un processus de défense de l'organisme (Dubar). Nous devons enfin signaler une complication très rare, dont on trouvera un exemple dans l'observation IV ; c'est la dégénérescence tuberculeuse. Elle se manifestait, dans ce cas, par la présence de tubercules à la surface de la tumeur. Il existe seulement 19 cas de tuberculose greffée sur l'ovaire, à la faveur d'une production néoplasique. Spencer Wells, Klebs, Baumgarten en ont cité quelques-uns. Il ne faut pas confondre ces tumeurs, secondairement tuberculeuses, avec les tuberculoses ovariennes à forme hypertrophique qui peuvent évoluer vers la transformation fibreuse, et dont nous publions une observation inédite, intéressante au point de vue du diagnostic.

DIAGNOSTIC

De tous les symptômes que nous avons étudiés, il n'en est pas un seul qui soit pathognomonique du fibrome de l'ovaire ; et le diagnostic ne peut se baser que sur l'ensemble des manifestations. Non seulement, ainsi que le fait remarquer Coudert, toutes les tumeurs solides de l'ovaire, quelle que soit leur nature, se traduisent par des signes cliniques identiques, mais encore il est souvent difficile de différencier une tumeur solide d'un kyste ; on ne pourra pas même, dans certains cas, distinguer une tumeur ovarienne d'une tumeur du ligament large, ou d'un fibrome utérin pédiculé.

Au point de vue du siège, une tumeur ovarienne peut être prise : pour une tumeur de l'utérus, du ligament large ou du ligament rond ; pour une grossesse extra-utérine (Veyssière), ou intra-utérine (obs. IV), ou encore pour un rein mobile (Mallet). Un fibrome utérin sera en général plus médian, et s'il n'est pas pédiculé, solidaire des mouvements de l'utérus. L'hystérométrie sera ici d'un grand secours ; mais il faut se rappeler qu'une tumeur ovarienne peut, si elle ascensionne, allonger de deux ou trois centimètres la cavité utérine (Pozzi). La différenciation sera souvent difficile, entre un fibrome utérin pédiculé et une tumeur ovarienne adhérente. L'aménorrhée, si elle existe, l'ascite, toujours absente dans le cas de tumeurs utérines, feront penser au fibrome de l'ovaire. Rocher a

indiqué la persistance de la sensibilité ovarienne au niveau de la tumeur. Les fibromes du ligament large s'enclavent de bonne heure, et les signes de compression sont plus précoces ; ils seraient plus durs et moins réguliers que ceux de l'ovaire. Toutefois, Demons a insisté sur la difficulté du diagnostic dans ce cas.

L'aménorrhée coïncidant avec une tumeur perceptible au toucher vaginal, a fait souvent penser à une grossesse extra-utérine. Le fait rapporté par Veyssière est typique : « La malade, lors de son arrivée, présentait tous les signes d'une grossesse avancée... Au toucher, on sentait, à droite et en arrière, une tumeur grosse comme une orange parfaitement distincte du col, dont elle était séparée par un sillon profond... Le doigt explorateur y distinguait deux sillons, l'un transverse, l'autre vertical, dont l'entrecroisement donnait exactement la sensation que produit la fontanelle postérieure. M. Lorain et M. Siredey n'hésitèrent pas à porter le diagnostic de grossesse extra-utérine. » D'autre part, on rencontre aussi, dans les grossesses extra-utérines, un ensemble de troubles fonctionnels, malaises, vomissements, douleurs lombaires, métrorrhagies, par lesquels se manifestent les fibromes à évolution maligne. Dans la grossesse ectopique, le col est généralement ramolli et entr'ouvert ; c'est un assez bon signe de diagnostic, bien que Dumontpallier ait signalé des cas où il manquait. De même, le gonflement des seins est un signe de grande valeur, bien qu'il existe, dans certaines affections chroniques de l'utérus. Puech rapporte, dans son mémoire, un cas personnel de tumeur solide de l'ovaire, dans lequel, à un moment donné, se produisirent des symptômes de faux travail et du gonflement des seins, avec écoulement abondant de liquide laiteux.

Le diagnostic de grossesse intra-utérine a été porté

quelquefois, bien que plus rarement. L'observation IV (Tédenat) en est un exemple. Parizeau publia un cas semblable, dans lequel la tumeur flottait dans l'ascite et donnait la sensation du ballottement abdominal ; le diagnostic de grossesse fut fait. La grossesse, au début, est facile à confondre avec un fibrome de l'ovaire, car bien des signes leur sont communs, et Lawson Tait a pu écrire : « Pour entreprendre d'établir, à un premier examen, le diagnostic entre une tumeur solide de l'ovaire qui vient de sortir du bassin, et une grossesse au début, il faut être ou téméraire ou très expérimenté. » Il convient, dans ce cas, pour se prononcer, d'attendre les signes de certitude de la grossesse.

Dans le cas d'ascite abondante, l'exploration pourra être impossible ; il faudra, comme dans le cas de Spencer Vells, en pratiquer la ponction ; c'est toutefois une intervention grave et dangereuse, et qui peut provoquer la formation d'adhérences (Castelnau).

Le siège ovarien d'une tumeur une fois établi, peut-on diagnostiquer sa nature histologique, afin d'en établir le pronostic malin ou bénin ? La consistance dure, ferme égale en tous points des tumeurs solides, permet généralement de les distinguer des kystes mucoïdes, qui sont dépressibles et fluctuants en certains points. Il est cependant des fibromes qui présentent des points ramollis ; il en est qui sont uniformément mous du fait d'œdème après torsion du pédicule ; et il est des kystes, les kystes aréolaires en particulier, qui peuvent être très durs. L'ascite pourrait faire penser à un kyste végétant papillaire ; on cherchera, dans ce cas, s'il n'existe pas des masses néoplasiques secondaires. Les kystes dermoïdes seront très difficiles à différencier ; la triade symptomatique indiquée par Til-

laux : petit volume, évolution lente, douleurs, ne constitue pas un signe assez précis.

Lorsqu'on aura établi qu'on est en présence d'une tumeur ovarienne, et d'une tumeur solide, on aura acquis toutes les notions que peut fournir l'investigation clinique. « Il ne peut être question, avant d'ouvrir un ventre pour de telles tumeurs, écrit Dartigues, de leur appliquer l'épithète de fibrome, de sarcome ou d'épithéliome ; c'est un pur jeu de hasard, où l'on peut, du reste, avoir le bonheur de tomber juste. » Il n'est pas de symptôme appartenant en propre à l'un ou à l'autre des néoplasmes qui peuvent envahir l'ovaire. Les fibromes ont, en général, une évolution très lente : ce sont des tumeurs indolentes, plus lisses, plus régulières que ne sont les cancers et les sarcomes ; ils influent peu sur l'état général, qui reste longtemps normal. Mais il faut aussi penser aux cas assez nombreux, réunis par Codet-Boisse, par Guelliot, dans lesquels ils se sont manifestés tout à coup par le tableau et l'évolution rapide des tumeurs malignes. Il importe peu, d'ailleurs pour le traitement, de faire un diagnostic de nature, car toute tumeur solide de l'ovaire diagnostiquée, quelle qu'elle puisse être, est justiciable de l'ablation. La constitution histologique de ces tumeurs n'intéresse donc le chirurgien qu'au point de vue des éléments qu'elle peut fournir au pronostic. Or, comment demander à l'examen clinique un renseignement que l'examen macroscopique des pièces n'a pas pu fournir dans certains cas. Bouilly a communiqué au Congrès de Chirurgie, en 1897, deux cas dans lesquels l'examen macroscopique de tumeurs ovariennes, la consistance, l'aspect fasciculé du stroma, lui avaient fait faire le diagnostic des fibromes ; or, dans un cas l'examen histologique démontra une tumeur épithéliale à pronostic très réservé ; dans l'autre, un fibrosarcome,

qui récidiva d'ailleurs trois mois après l'intervention. Nous publions, dans notre observation III (Tédenat) un cas analogue, bien que beaucoup plus rare. Le professeur Tédenat, se basant sur l'allure indolente de l'affection, avait diagnostiqué un fibrome de l'ovaire ; l'aspect macroscopique de la tumeur, après l'opération, sa consistance fibreuse, la disposition fasciculée du stroma sur les coupes, parurent confirmer avec évidence ce diagnostic ; or, M. le professeur Bosc, ayant pratiqué l'examen histologique, conclut à une tuberculose typique de l'ovaire.

Nous pourrions citer, dans le même ordre d'idées, un cas présenté par Soubeyran à la Société anatomique, en 1902. Il s'agissait d'une malade portant une tumeur de l'ovaire et qui avait présenté tous les symptômes cliniques que nous venons d'étudier. L'examen histologique pratiqué par M. Bosc, lui fit conclure à un endothéliome. M. Cornil n'ayant pas les coupes sous les yeux et se basant sur ce que l'endothéliome de l'ovaire n'a jamais été observé, émit l'avis qu'il s'agissait probablement d'un fibrome.

Nous pouvons donc conclure que, dans la plupart des cas, le diagnostic de nature ne peut être porté qu'après opération, sur l'examen macroscopique des pièces, et que l'on doit toujours faire confirmer ses conclusions par l'examen microscopique approfondi.

PRONOSTIC

Le fibrome est généralement considéré comme une tumeur bénigne. Cependant, nous avons vu dans notre étude, que les fibromes de l'ovaire se comportent souvent comme des néoplasmes malins. Ils partagent avec les autres tumeurs de l'ovaire cette particularité qui fait que, contrairement aux lois de l'anatomie pathologique, leur évolution clinique est souvent en désaccord avec leur nature histologique (Le Jemtel). Habituellement, l'évolution des fibromes de l'ovaire est lente et se fait sans troubles graves ; mais il n'en est pas moins vrai que si l'on n'intervient pas, le pronostic est sombre et que, même s'il ne survient aucune complication, la malade peut finir tôt ou tard par tomber à la cachexie. Ce pronostic suffirait à indiquer le traitement ; il est encore aggravé par l'imminence toujours à prévoir des complications les plus dangereuses. L'évolution maligne, signalée par Demons, Bégouin, étudiée par Codet-Boisse, est fréquente puisque ce dernier l'a constatée 12 fois sur 22 cas. Nous avons vu que la dégénérescence sarcomateuse était toujours à craindre. La torsion du pédicule, fréquente avec des tumeurs lourdes, mobiles, longuement pédiculées, peut amener des accidents de péritonite chronique, ou de péritonite aiguë quand elle s'effectue brusquement.

La grossesse enfin, toujours à prévoir chez des femmes qui sont habituellement en pleine période d'activité génitale, et chez qui le plus souvent un ovaire est resté sain, peut constituer une complication redoutable, soit qu'elle active l'évolution de la tumeur, soit que la tumeur devienne une cause de dystocie grave pendant le travail.

TRAITEMENT

De tout ce qui précède, nous devons conclure que l'intervention s'impose dans tous les cas de tumeur solide de l'ovaire. Léopold considère que 23 p. 100 des tumeurs de l'ovaire sont malignes ; Freund, 21 p. 100 ; Norris, 16 p. 100. Ces chiffres ne laissent place à aucune hésitation, et le chirurgien ne doit pas se laisser arrêter comme cela est arrivé (Demons) par les symptômes graves, qui pourraient lui faire croire à une affection incurable dans laquelle l'intervention ne doit pas être tentée ; dans beaucoup de cas, et il s'agira alors de fibromes à évolution maligne, l'ablation amènera la guérison complète et définitive. « On compte tellement de guérisons, à la suite de l'extirpation de ce qu'on avait considéré comme un cancer, qu'il faut une certitude absolue sur la nature maligne de la tumeur pour renoncer à l'opération. » Ainsi s'exprime Spencer Wells ; et comme nous pensons que cette certitude ne peut pas être acquise par l'examen clinique, nous concluons à l'intervention systématique. Il n'est pas de contre-indication opératoire ; ni l'âge, ni l'absence de troubles fonctionnels, ni la cachexie, ni la grossesse, ni l'indolence de l'affection, ne doivent faire reculer une opération qui peut, seule, mettre la malade à l'abri des complications les plus graves.

L'ablation de la tumeur par voie vaginale ou par voie abdominale est la seule intervention indiquée. La voie va-

ginale, rarement employée (Dartigues, Lejars), a été délaissée pour la voie abdominale, de technique opératoire plus simple et mieux indiquée. La consistance de la tumeur qui la rend irréductible, obligera quelquefois à une large incision (du pubis à l'appendice xyphoïde, obs. VIII ; 7 pouces, Campbell). Les fibromes de l'ovaire, qui sont généralement libres, sans adhérences et longuement pédiculés, sont habituellement d'extirpation facile. Les connexions qu'ils présentent parfois avec les organes voisins, sont le plus souvent fragiles et faciles à détruire ; mais il arrive aussi qu'elles soient très solides. L'épiploon a dû être plus d'une fois réséqué et nous rapportons une observation dans laquelle le professeur Tédenat a dû réséquer une anse intestinale ; Spencer dans un cas enleva un pied d'intestin grêle. La vessie est fréquemment déplacée. Lorsqu'elle a contracté des adhérences avec la tumeur, elle suit celle-ci dans son développement. Elle devient dans quelques cas méconnaissable, et peut être prise pour de vieilles adhérences. Oscar Bloch rapporte qu'il a relevé 38 déplacements de la vessie, dont 27 étaient dus à des tumeurs ovariennes. La vessie a été lésée pendant l'opération 36 fois sur 38 interventions. Il y a donc lieu d'ouvrir le péritoine avec la plus grande prudence, car ce déplacement ne peut être diagnostiqué à l'avance, ni par l'introduction d'une sonde, ni par l'observation de phénomènes de dysurie. Il conseille de remplir préalablement la vessie d'eau boriquée afin de se rendre un compte exact de sa situation, chaque fois que l'on aura quelque doute. Bégouin conseille l'introduction préalable d'un cathéter métallique. Les fibromes inclus dans le ligament large donnent plus souvent lieu à cette complication.

Loin de constituer une contre-indication, la grossesse constitue, au contraire, une indication d'urgence, surtout

quand la tumeur est pelvienne. Ainsi que nous l'avons vu, une telle tumeur ne suivra pas dans l'abdomen l'ascension de l'utérus gravide et elle constituera un obstacle à l'engagement ou à l'accouchement. Coudert conclut à l'ovariotomie si la grossesse est à son début ou si, la grossesse étant avancée, la tumeur est abdominale et provoque des accidents. Pendant le travail, si elle est pelvienne, on tentera sa réduction ; si on ne peut y arriver, l'opération de choix sera la césarienne conservatrice, accompagnée de l'ablation. Niebergall préfère la voie vaginale quand la tumeur est petite et accessible, et, si l'accouchement a pu s'effectuer malgré sa présence, il pense qu'à moins d'accidents, torsion du pédicule par exemple, il vaut mieux attendre, pour intervenir, la fin de l'état puerpéral. En résumé, dans la crainte de complications et étant donné le peu de risques que constitue l'ovariotomie pendant la grossesse, tant pour la mère que pour l'enfant, il faut toujours intervenir.

Les résultats opératoires des interventions pour fibromes de l'ovaire, sont habituellement excellents ; et s'il survient des complications, elles sont indépendantes de l'affection. Les résultats thérapeutiques sont toujours bons, souvent inespérés, et l'on voit toujours cesser, après l'ablation du fibrome, les symptômes alarmants qui avaient pu faire croire à une tumeur maligne. La guérison définitive est la règle.

CONCLUSIONS

Les fibromes de l'ovaire sont rares ; ils apparaissent, en général, pendant la période de pleine activité génitale de la femme. La grossesse peut quelquefois les révéler en aggravant leur évolution.

Les fibromes purs sont très rares ; la plupart des tumeurs fibreuses de l'ovaire sont des fibro-myomes.

Des diverses théories pathogéniques émises, aucune ne doit être absolument rejetée. Il faut admettre, avec Rokitansky, que des fibromes ont pu se développer aux dépens de la cicatrice des corps jaunes ; telle est probablement l'origine des tumeurs dans lesquelles une partie de la glande est restée parfaitement saine.

Dans le type le plus fréquemment observé, la tumeur s'est développée aux dépens du stroma ; ces tumeurs conservent alors la forme de l'ovaire, leur texture est homogène et on ne retrouve nulle part de vestiges du tissu normal de cet organe.

Un troisième type semble provenir de la transformation fibreuse plus ou moins complète des kystes aréolaires ; ainsi s'expliquerait la présence, dans certaines tumeurs, de kystes nombreux.

Un caractère est commun à ces trois formes : l'intégrité habituelle de la trompe.

De tous les symptômes qui accompagnent les fibromes de l'ovaire, aucun ne peut être considéré comme pathogno-

monique, car toutes les tumeurs solides peuvent avoir des manifestations cliniques identiques. L'ascite, que quelques auteurs ont voulu considérer comme un signe capital, n'a pas grande valeur ; on ne peut non plus conclure de sa présence ou de son absence, à un pronostic de malignité ou de bénignité de l'affection.

L'évolution lente des fibromes est habituelle ; dans certains cas, cependant, elle est très rapide, et pourrait faire croire à une tumeur maligne.

Le diagnostic de nature histologique d'une tumeur solide de l'ovaire est cliniquement impossible. Le seul point qu'il importe d'établir est de savoir qu'on se trouve en présence d'une tumeur de l'ovaire, et que cette tumeur est solide ; car toutes les tumeurs solides de l'ovaire étant malignes, pouvant le devenir, ou se comporter comme telles à un moment donné, elles sont justiciables du même traitement.

La seule intervention indiquée est l'ablation de la tumeur ; la voie abdominale est la voie de choix. L'opération doit être pratiquée sans retard, dès le diagnostic établi. Il n'existe pas de contre-indication. Loin d'être une contre-indication, la grossesse, surtout si elle est à son début, constitue plutôt une indication d'urgence.

OBSERVATIONS

Observation première

Professeur Tédenat. — Inédite

Fibrome de l'ovaire gauche pesant 1.820 grammes. Trompe saine. Annexes du côté droit sains et conservés ; grossesse deux ans après

Louise Ca..., 28 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans ; règles régulières durant quatre jours. Bonne santé habituelle, sauf fièvre typhoïde à 20 ans. Mariée à 23 ans ; accouchement normal à 25 ans.

Depuis deux ans, règles plus abondantes, durant six ou sept jours, avec petits caillots, sans pertes blanches. Elles sont précédées pendant deux ou trois jours de douleurs abdomino-sacrées assez vives, qui surviennent de temps en temps dans la période intermenstruelle. Depuis cinq ou six mois, douleurs dans le bas-ventre, presque continues, se propageant parfois dans la cuisse droite ; mictions fréquentes : toutes les deux heures le jour ; deux ou trois fois la nuit. Constipation obligeant à de fréquents lavements. Vraies hémorragies durant dix à douze jours, sans pertes blanches ; digestions pénibles.

La malade est adressée à M. le professeur Tédenat par le docteur Bermont, qui a constaté, il y a trois mois, une tumeur du volume de deux poings accolée au côté gauche de l'utérus, dure, et qui, à un second examen, fait il y a

quelques jours, lui a paru avoir sensiblement augmenté de volume.

20 mai 1900. — M. Tédenat constate : malade un peu amaigrie, ventre légèrement saillant dans la région hypogastrique, où le palper montre l'existence d'une tumeur arrondie un peu plus développée à gauche qu'à droite de la ligne médiane. Sonoreité dans les flancs, sans ascite appréciable. L'exploration combinée montre : utérus dévié à droite par une tumeur dure, ovoïde, mobile avec l'utérus, auquel elle paraît accolée. Cette tumeur est comme enclavée dans le pelvis. Les annexes droits paraissent sains.

Le diagnostic hésite entre kyste inclus et myome utérin. En faveur du myome, sont les hémorragies ; l'utérus mesure, à l'hystéromètre, 8 centimètres et demi.

Rien d'anormal du côté des grands viscères. Les douleurs, les hémorragies font que la malade insiste pour être opérée.

26 mai. — Laparotomie médiane. Position de Trendelenbourg. La tumeur apparaît, grise, blanche, lisse, dure, avec l'utérus très congestionné et placé à droite et un peu en avant ; la trompe, saine, croise la face antérieure de la tumeur. Attirée au dehors, on voit qu'elle a une sorte de hile où l'utérus est enfoncé, sans adhérences fibreuses. Le doigt arrive sur un pédicule long de deux ou trois centimètres, qui rattache la tumeur à l'utérus et qui est le ligament utéro-ovarien. Le pédicule est saisi par une pince, et est sectionné entre la pince et la tumeur. Ligature au catgut entre la pince et l'utérus. Pas d'hémorragie. L'utérus est très mobile ; la trompe gauche s'est facilement décollée de la tumeur, et étant saine, est conservée ainsi que les annexes droits sains. Les ligaments ronds sont fixés dans la plaie abdominale pour redresser l'utérus, qui est en rétroversion.

Guérison sans incidents. La malade quitte la clinique le 28 juin. Elle eut une grossesse normale et un accouchement sans incidents en septembre 1902. Elle jouissait d'une excellente santé en mai 1908.

La tumeur, lisse, gris-blanc, dure, pesait 1820 grammes; elle avait la forme d'un gros rein dont l'échancrure enclavait l'utérus. Sur la coupe, tractus fasciculés blancs, sans kystes. L'examen microscopique montre la structure d'un fibrome pur, sans la moindre trace de tissu ovarien.

Observation II

Professeur Tédenat. — Inédite.

Fibrome de l'ovaire gauche du poids de 2.120 grammes. Tuberculose de la trompe gauche. Résection d'une anse intestinale adhérente à la trompe. (Recueillie par M. Briatet, aide de clinique).

Marguerite D..., 28 ans, entre au numéro 5 de la salle Desault, à l'hôpital Suburbain de Montpellier (service de M. le professeur Tédenat), le 6 décembre 1897. Rien à noter dans les antécédents de famille. La malade porte à la région sous-maxillaire gauche deux cicatrices d'écrouelles datant de l'enface. Elle est sujette aux rhumes et la respiration est rude avec expiration prolongée au sommet droit. Rien au cœur.

Réglée à 15 ans, pendant trois ou quatre jours, sans pertes blanches. Mariée à 23 ans ; n'a pas eu de grossesse. Depuis trois ans, les règles sont beaucoup plus abondantes, durent huit à dix jours, souvent avec des caillots et quelques douleurs prémenstruelles dans les lombes et à la racine de la cuisse gauche. Les douleurs ont augmenté depuis cinq mois ; la malade est constipée. Elle a eu à trois reprises des poussées de péritonite avec nausées, douleurs

lancinantes dans le bas-ventre, léger ballonnement, constipation absolue, qui ont duré cinq ou six jours. Pertes blanches abondantes.

A son entrée à l'hôpital, 7 décembre 1897, on note : malade pâle, amaigrie, appétit diminué, digestions lentes, léger ballonnement du ventre. L'exploration combinée donne les résultats suivants : périnée, vulve, vagin normaux ; col utérin un peu long, conique, dans l'axe du vagin ; corps utérin petit, mobile, en rétroversion. Sur son côté gauche, tumeur arrondie, dure, peu mobile, peu douloureuse à la pression du doigt, lisse, ayant les dimensions de la tête d'un fœtus à terme. On a l'impression d'une tumeur de l'ovaire gauche, solide, repoussant l'utérus à droite. A la partie supéro-interne de la tumeur, un peu de douleur et fin gargouillement sous le doigt.

Les annexes droits sont difficilement atteints, malgré la maigreur de la malade, à cause de la gêne que le refoulement de l'utérus par la tumeur crée à l'exploration. Légère ptose du rein droit. Rien au cœur. Un peu d'induration limitée au sommet du poumon droit.

M. Tédenat diagnostique : tumeur de l'ovaire gauche et attribue à la torsion du pédicule les poussées péritonitiques survenues dans les cinq derniers mois.

Opération le 12 décembre 1897. Anesthésie avec le mélange A. C. E. Laparotomie médiane ; légères adhérences de l'épiploon à la partie supérieure de l'incision. Il s'écoule environ un grand verre de liquide ascitique, séreux, clair. La tumeur se présente arrondie, dure, de couleur gris clair. La trompe, longue de 15 centimètres, du volume du doigt dans la moitié interne, a la dimension d'un gros œuf de poule dans sa moitié externe. Là, elle est couverte de nodosités jaunes et adhère à la moitié antéro-interne de la tumeur. Une anse d'intestin grêle, lon-

gue de sept ou huit centimètres, adhère fortement à la partie externe de la trompe. Tubercules gris et jaunes ; quelques-uns ulcérés, avec des dépôts fibrineux et caséeux sur le péritoine de l'anse intestinale adhérente et sur les adhérences qui la coudent sur la partie externe de la trompe. Le bout distal de l'anse grêle est facile à suivre jusqu'au cœcum, sur une longueur de vingt centimètres environ. Il porte comme le bout central des papillomes longs de quatre à dix millimètres, coniques, effilés, isolés ou par petits groupes entre lesquels la séreuse est normale ou vaguement terne, avec çà et là quelques points jaunes sous-séreux qui paraissent être des tubercules encore crus. Deux pinces de coprostase sont appliquées au-dessus et au-dessous de la portion adhérente de l'anse intestinale, qui est sectionnée entre les pinces. Excision en bloc de la tumeur et de la trompe gauche au ras de la corne utérine. Entéro-anastomose latéro-latérale. La suture est entourée d'un manchon épiploïque. Toutes les sutures sont faites au catgut. Suture de la paroi sans drainage. La malade eut des vomissements fréquents pendant les deux premiers jours, avec le pouls variant entre 100 et 130, la température à 37°-38°4. Une fois les vomissements disparus, la guérison se fit sans autre incident qu'un menu abcès de suture. La cicatrice était complète au quinzième jour. En 1906, donc neuf ans après l'opération, l'opérée jouissait d'une bonne santé, bien réglée, toujours sans grossesse.

Examen des pièces : la tumeur de l'ovaire est nettement arrondie, de couleur gris clair, avec des îlots ecchymotiques autour de quelques sinus veineux, ayant les dimensions d'une plume d'oie. Sa consistance est uniformément dure. En aucun point on ne trouve trace de tissu ovarien. Sur des corps multiples, on trouve de rares no-

dules calcifiés ayant les dimensions d'un grain de blé, d'un pois.

L'examen microscopique montre la structure d'un fibrome pur. Les fibres sont disposées en faisceaux épais, souvent concentriques à des vaisseaux capillaires. Entre les faisceaux fibreux, îlots de cellules fusiformes ; gros vaisseaux en sinus, à endothélium très net, dans les plans externes de la tumeur. Pesée avec la trompe et l'anse intestinale adhérente, la tumeur pèse 2.120 grammes.

Observation III

Professeur Tédenat. — Inédite.

Tumeur ovarienne solide d'aspect fibreux et de nature tuberculeuse. Tuberculose utérine concomitante Recueillie par M. Rives, interne du service. Examen histologique de M. le professeur Bosc).

Mme Julie V..., 36 ans, entre le 7 décembre 1908 à la Villa Fournier, lit numéro 5. Il y a quatre ans, une fausse-couche de trois mois, de cause inconnue, a laissé des métrorrhagies très fortes, qui ont nécessité des pansements utérins pendant quelque temps. Il y a deux ans, à l'occasion d'un examen médical, son médecin lui a dit qu'elle avait un fibrome.

Actuellement, la malade ne souffre pas du tout du ventre, même au moment de ses règles, qui durent habituellement cinq jours, un peu moins qu'autrefois. Elle n'a jamais constaté de caillots, ni de pertes blanches.

Réglée à douze ans et demi, sans aucun trouble au début, mais avec retard d'un mois à l'autre ; à l'heure actuelle, les périodes menstruelles sont parfaitement régulières. Mariée à 21 ans, a eu trois grossesses, dont les deux

premières sans incidents ; la troisième s'est terminée par l'avortement déjà cité.

On ne relève rien dans les antécédents héréditaires, et rien dans les antécédents pathologiques personnels.

L'appétit est conservé, bien que les troubles gastro-intestinaux, les sensations de ballonnement et de pesanteur se produisent facilement. Très constipée depuis ces derniers mois, la malade ne va du corps que grâce aux lavements. Elle souffre quelquefois de douleurs sacrées à la défécation ; n'a jamais été gênée pour uriner ; les mictions sont normales, ni fréquentes, ni douloureuses. Rien du côté des poumons ; la malade n'a jamais présenté de phénomènes pulmonaires, l'auscultation ne révèle rien. Le cœur est normal, il n'y a jamais eu de palpitations, ni d'œdème. Au point de vue nerveux, un peu d'excitation habituelle ; quelquefois, de légères crises.

Examen local : Rien à la vulve ni au vagin. Le col utérin regarde un peu en arrière, à peu près normalement ; il est largement déchiré, transversalement à gauche. Au-dessus de toute l'aire du détroit supérieur, on sent une masse arrondie, convexe, qui paraît dépendre de l'utérus, ou du moins lui être adhérente. La masse, dans son ensemble, est très légèrement mobile dans le sens vertical ; elle est un peu douloureuse à la pression forte. La malade ressent des douleurs dans le membre inférieur gauche ; elle indique comme siège le trajet du sciatique, mais on ne détermine pas de douleurs à la pression le long du trajet de ce nerf. Le talon est spécialement douloureux ; les douleurs sont à peu près continues et assez sourdes.

Opération le 15 décembre 1908 : laparotomie médiane. Quelques adhérences légères. On voit une tumeur de couleur gris blanc vers le côté droit et postérieur de l'uté-

rus, qui est refoulé à gauche et en avant. La main fait le tour de la tumeur et détache quelques adhérences diffuses avec l'utérus, auquel elle tient par un ligament de l'épaisseur du petit doigt et long de deux centimètres environ. C'est le ligament utéro-ovarien qui paraît tordu. Une pince est glissée sur ce ligament, entre l'utérus et la tumeur, et la section est faite en aval de la pince. Ligature du pédicule en avant. La trompe est adhérente et annexée à la tumeur ovarienne. Les annexes du côté droit sont en bon état. On ampute l'utérus au niveau de l'isthme pour les raisons suivantes : son tissu est jaune, il se déchire comme du tissu dégénéré, et sur la coupe d'amputation de couleur jaunâtre, on aperçoit çà et là plusieurs noyaux d'aspect jaune gris foncé, ayant quelque analogie avec de menus foyers caséeux. La paroi est suturée comme d'ordinaire.

Examen des pièces : La tumeur mesure douze centimètres dans le sens transversal, sept centimètres et demi de hauteur, cinq à six centimètres d'épaisseur ; elle est assez régulière, avec quelques lobulations, blanche, un peu nacrée. Elle adhère à la trompe droite par une de ses extrémités. Sa consistance est dure, mais elle est friable. A la coupe, on distingue une couche corticale de quatre à cinq millimètres d'épaisseur, présentant l'aspect habituel des fibromes. L'intérieur est de coloration jaunâtre ; il semble qu'il y ait dégénérescence graisseuse, quoique la consistance soit dure. Sur la coupe, le tissu, facile à déchirer, présente une disposition en gros fascicules. L'utérus est mou, jaunâtre et a été déchiré par la simple traction de la pince. M. Tédenat diagnostique un fibrome de l'ovaire.

Suites opératoires. — Pas de vomissements ; la température n'atteint que 37°5. Le pouls, déjà à 100 avant l'opé-

ration, atteint 120, mais il n'y a rien d'inquiétant. Douleurs assez vives dans le flanc droit. Les douleurs sciatiques n'ont pas reparu après l'opération ; le 19 décembre, il y a ballonnement, malgré les lavements et l'application de la sonde rectale. On fait un lavage de l'estomac, qui amène un grand soulagement. Le soir, un lavement savonneux térébenthiné achève de soulager la malade.

Examen histologique pratiqué par M. le professeur Bosc. — 1° Tumeur ovarienne : Au niveau de la partie corticale, on reconnaît le tissu ovarien avec ses follicules, la plupart hypertrophiés. Par places déjà, dans cette même couche corticale, on constate de petits foyers de cellules épéthélioïdes entourées de cellules embryonnaires. Très rapidement, au-dessous de cette couche corticale de faible épaisseur, on constate des follicules tuberculeux, nettement développés, avec une ou plusieurs cellules géantes centrales, et une large zone de petites cellules rondes.

Ces follicules se réunissent et forment de larges placards arrondis, encore limités, et constitués par des amas de cellules géantes, au centre et dans la plus grande partie de leur étendue par un tissu lâche, formé de fins néo-capillaires, par un réticulum fin dû au prolongement de cellules fusiformes ou étoilées dans les mailles duquel on constate des cellules embryonnaires relativement peu nombreuses. Entre les foyers tuberculeux, on note, par places, une réaction conjonctive assez prononcée, tendant vers la formation de tissu adulte.

A mesure que l'on va vers le centre de la tumeur, il se produit un processus très prononcé de dégénérescence fibro-caséeuse avec disparition totale de toute couleur nucléaire.

Diagnostic : tuberculose de l'ovaire à développement excentrique et à dégénérescence fibro-caséeuse.

2° Utérus : Les fragments prélevés en divers points, montrent une tuberculose diffuse de l'utérus. Sur les fragments les moins atteints, on constate d'abord une dilatation très prononcée des vaisseaux sanguins et lymphatiques, avec autour d'eux, formation fréquente de petits foyers d'infiltration embryonnaire. De ces petits foyers rayonnent des bandes fines d'infiltration embryonnaire, qui les réunissent, puis s'élargissent et aboutissent à des foyers plus volumineux, qui constituent des follicules tuberculeux typiques. On note en même temps la formation de follicules trop petits entre les grands follicules et en plein tissu musculaire. Ce dernier est dissocié de places en places, et réduit à quelques restes musculaires qui finissent par disparaître, de telle sorte qu'on se trouve en présence de vastes nappes tuberculeuses qui aboutissent à une dégénérescence caséeuse ou fibro-caséeuse lente.

Les follicules tuberculeux présentent la même structure et le même développement que ceux de l'ovaire :

1° D'abord granulomes périvasculaires, sans cellules géantes ; puis, nappes étendues dans lesquelles on voit apparaître des cellules géantes multiples ;

2° Petits foyers de cellules épithélioïdes entourées de cellules embryonnaires ; puis, foyers plus étendus renfermant jusqu'à sept ou huit cellules géantes, entourées d'une zone étendue d'infiltration embryonnaire lâche. Parfois, un grand foyer d'infiltration embryonnaire est centré par une seule cellule géante, énorme, arrondie. Ces foyers d'infiltration se réunissent et constituent de larges nappes à nombreux capillaires, entre lesquels une trame fine formée par les prolongements de cellules allongées ou étoi-

lées, renferme des cellules embryonnaires. Ce type finit par subir la dégénérescence totale.

Observation IV

Fibrome et tubercules (Professeur Tédenat, in thèse Larnaudie, Montpellier, 1891. — Résumée).

Mme X..., 28 ans, entre le 20 décembre 1890, dans le service de M. le professeur Tédenat. Constitution faible, pas d'antécédents pathologiques personnels ; fille de parents rhumatisants, présente les signes d'une endocardite légère. Une grossesse normale, il y a sept ans ; un avortement, il y a cinq ans. Rien à signaler du côté des organes génitaux. Les règles revinrent, régulières et normales. Eprouve, pour la première fois, en juin 1890, des douleurs abdominales légères ; en septembre de la même année, les règles se sont supprimées, et on a porté le diagnostic de grossesse, à laquelle la malade croyait encore au moment de son entrée à l'hôpital. En octobre, les règles reparaissent sous forme de ménorrhagie très abondante, et durent dix jours. Comme en septembre, douleurs abdominales avec légères poussées de péritonite. En novembre, la menstruation est moins abondante, mais elle est suivie de leucorrhée.

Au palper bi-manuel, tous les mouvements imprimés au col utérin étant transmis à la tumeur, celle-ci fut prise pour le col utérin, et un diverticule mobile et flottant, senti dans le cul-de-sac gauche, fit penser à un fibrome utérin sous-péritonéal.

Opération le 26 décembre. — A l'incision, du péritoine, il jaillit une quantité assez considérable de liquide asci-

tique, jaune citron, et on arrive sur une tumeur située à la face antérieure du corps de l'utérus, avec lequel elle était solidarisée ; elle est facilement enlevée car elle ne présente pas d'adhérences. Pédiculisée avec une pince courbe, on la lie au-dessous de la pince, on la sectionne au dessus ; hémostase au thermocautère. Suture au catgut. La malade sort guérie le 14 janvier 1891.

Examen des pièces. — La tumeur est mamelonnée, composée de deux lobes distincts ; elle est dure, recouverte dans toute son étendue par une capsule fibreuse blanche et nacrée ; le sommet de tous les mamelons est jaunâtre ; entre les deux lobes de la tumeur est la trompe, avec son pavillon et ses franges à la partie supérieure ; un tractus plus long s'en détache, et se trouve accolé à la tumeur. Par transparence, on voit quelques vaisseaux qui rampent à la surface ; à la partie postérieure, sont deux petits kystes du volume d'une noisette.

L'examen histologique est fait par M. le professeur Kiener, qui diagnostique un fibrome pur, avec tubercules à la surface de la tumeur.

Des renseignements récents nous ont appris que la malade se porte très bien à l'heure actuelle (1909) et a eu, depuis l'opération, plusieurs grossesses normales.

Observation V

(Professeur Begouin, Bordeaux).

Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu (Comm. à la Soc. de Gynécol. et de pédiatrie de Bordeaux, décembre 1906. Résumée).

Mme S..., 56 ans, vient se faire examiner le 15 octobre 1906 pour douleurs du bas-ventre. Depuis 1903, cette dame, qui n'était plus réglée depuis quatre ans, souffre de

temps à autre du bas-ventre ; ces douleurs intermittentes, d'abord supportables, sont devenues très violentes en 1906. Légère augmentation de volume du ventre. Ni pertes vaginales, ni constipation, ni diarrhée. Mictions normales. Ni douleurs, ni œdème des jambes. Appétit bien conservé, ni amaigrissement, ni changement de teint.

Brusquement, elle a été prise, le 2 ou 3 octobre, de douleurs violentes du bas-ventre, avec vomissements et fièvre. On diagnostique : péritonite et fibrome utérin. Examen le 15 octobre : la crise est un peu apaisée. Elle est amaigrie, les traits sont tirés, le pouls est à 130, la température à 38°2, la respiration à 40. Le ventre est tuméfié, douloureux partout ; il y a de l'œdème de la paroi. Le palper est difficile de ce fait ; le toucher est impossible du fait d'un prolapsus utérin complet. On constate, en outre, un épanchement de la plèvre droite et la diarrhée dure depuis trois jours.

La péritonite une fois calmée par le traitement symptomatique habituel, l'épanchement pleurétique s'étant résorbé entre temps, on sent la tumeur très dure, bien limitée, occuper toute la fosse iliaque et le flanc droit. Elle remonte à deux doigts au-dessus de l'ombilic et dépasse, à gauche, la ligne médiane, de trois travers de doigt. Elle ne plonge pas dans le petit bassin. Elle est immobile ; l'utérus est indépendant ; les annexes gauches sont normales, on ne sent pas les annexes droites. On porte le diagnostic : fibrome de l'ovaire à pédicule tordu.

Le 15 novembre. — Laparotomie médiane, dépassant l'ombilic de 7 centimètres ; à l'incision du péritoine, issue de 200 cc. d'un liquide noirâtre, et la tumeur apparaît, partout adhérente, à la paroi abdominale, à l'épiploon, aux anses intestinales. On la libère assez facilement au milieu de fausses membranes de péritonite récente. La tumeur

ne tient plus alors que par un pédicule, qui est celui de l'ovaire droit tordu d'un tour de droite à gauche. Section du pédicule sur une pince ; à la coupe, vaisseaux thrombosés. On lie au catgut. Utérus et annexes du côté opposé sains. Il faut rompre les adhérences pour permettre aux intestins de reprendre leur place. On ouvre ainsi plusieurs poches de péritonite enkystée, contenant chacune 2 à 300 grammes de liquide séreux. Suture à trois plans, sans drainage. Suites excellentes.

La tumeur pèse 4 kil. 300. Elle a la forme d'un énorme ovaire à surface légèrement bosselée, violacée, avec points noirâtres ecchymotiques. Sa consistance est exceptionnellement dure ; elle crie sous le couteau comme si elle était incrustée de sels calcaires. Sa coupe est homogène, et de coloration uniforme rouge foncé. Au-dessous de la tumeur, dans le pédicule, la trompe est normale. A côté d'elle, une petite masse blanchâtre, que l'examen microscopique démontre être du tissu conjonctif enflammé. Le fibrome s'est entièrement développé aux dépens de l'ovaire droit qu'il a absorbé tout entier ; il n'en reste plus de traces. L'examen histologique démontre un fibrome pur, sans fibres musculaires avec peu de vaisseaux et peu de noyaux.

Observation VI

(Résumée. — Mériel, Toulouse).

In Bull. soc. anat., févr., 1908. Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu.

Mme B..., 56 ans. Tumeur diagnostiquée par hasard le 20 novembre 1907. L'évolution en est toujours demeurée silencieuse et méconnue. Jamais de métrorrhagies, ni de pertes blanches. Aucun trouble à la miction. Ventre moyennement distendu.

Sur la ligne médiane, on perçoit au palper une tumeur dure en tous ses points, régulièrement arrondie, extrême-

ment mobile, et point douloureuse. Elle dépasse la symphyse de quatre travers de doigt ; sa mobilité est facilitée par la présence de liquide ascitique. Au toucher vaginal, on perçoit un col dur ; le corps utérin se confond avec la masse sus-pubienne et lui transmet ses mouvements. On a l'impression ou bien d'un kyste ovarique rejeté sur la ligne médiane, ou surtout d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé longuement.

Laparotomie le 8 décembre 1907 : à l'incision, issue de deux litres de liquide ascitique et d'anses intestinales. On aperçoit alors un fibrome pédiculé de l'ovaire droit, à pédicule tordu une fois sur lui-même, et s'appliquant sur la face antérieure de l'utérus qui, lui, est rejeté dans le Douglas. Rien à l'autre ovaire, ni à l'utérus. Section du pédicule au thermo-cautère, ligature en masse et péritonisation. Dans la ligature, a été prise la trompe placée immédiatement au-dessous de la tumeur. Occlusion de la plaie ; suites opératoires excellentes.

La tumeur enlevée est régulièrement arrondie, presque sphérique, grosse comme un petit melon, et pèse 2 kilogr. Sa consistance est dure en tous points ; on n'y retrouve pas trace d'ovaire. La trompe est indépendante de la tumeur, dans un aileron spécial, au pôle inférieur de celle-ci.

A la coupe, la coque paraît infiltrée, œdémateuse, et laisse écouler un peu de sérosité. C'et œdème est probablement consécutif à la torsion du pédicule.

Examen microscopique. — Trame fibrillaire conjonctive légèrement dissociée par l'œdème. Dans ce stroma, cellules de tissu conjonctif, triangulaires ou vaguement étoilées. De loin en loin, quelques vaisseaux ; mais pas traces d'éléments myomateux ou sarcomateux. C'est donc un fibrome pur de l'ovaire.

Observation VII

(Doran).

J. Obst. and Gyn. Brit.Emp., nov., 1905. Fibrome enlevé pendant la grossesse.

On constate chez une femme de 25 ans, mariée depuis 14 mois et au 3e mois de sa grossesse, une tumeur occupant le flanc droit, ferme, nettement solide, et très mobilisable. A sa gauche, on reconnaît l'utérus, fortement refoulé, et dépassant le pubis. On pense soit à une tumeur solide de l'ovaire, soit à un fibrome utérin sous-séreux, pédiculé. Il est procédé à l'enlèvement de la tumeur par voie abdominale, par crainte de torsion ou d'enclavement possible.

Cette tumeur était reliée par un mince pédicule non pas à l'ovaire, mais à la partie inférieure du méso-salpinx de la trompe. Le pédicule s'étant rompu, on extirpa le point d'implantation, ce qui amena, par crainte d'hémorragie à l'excision du ligament large droit, et des annexes droites. On laissa les annexes gauches. A l'ouverture du péritoine, on avait constaté la présence d'ascite libre abondante.

Les suites furent excellentes. L'accouchement se fit heureusement à terme. Les suites de couches furent parfaites.

En dépit du défaut de connexion de la tumeur avec l'ovaire, il fut conclu par l'anatomo-pathologiste H. Williamson à un fibrome de l'ovaire indiscutable.

Observation VIII

(Lorrain et Chaton)
Bull. soc. anat., février 1907. Fibrome pur de l'ovaire.

Ménagère, 34 ans. Réglée à 12 ans, mariée à 24 ; pas d'enfants. Dès son mariage, commence à souffrir du bas-ventre et des reins. A 26 ans, constatation d'une tumeur ; l'intervention est refusée, et la tumeur s'accroît sans interruption.

Depuis trois ans, les règles ont diminué progressivement pour devenir insignifiantes. La malade est habituellement constipée ; elle a quelquefois des vomissements sans nausées après les repas. Aucun trouble vésical.

Au toucher, on sent un col très petit, abaissé contre le sacrum ; le cul-de-sac est repoussé par une masse dure comme la pierre. Au palper, on sent que la tumeur remplit entièrement le ventre et disparaît, en haut, sous les fausses côtes et l'appendice xyphoïde. En bas, elle remplit complètement les fosses iliaques. Elle est de forme régulière, et uniformément dure.

Laparotomie médiane du pubis à l'appendice xyphoïde. On aperçoit une tumeur blanc jaunâtre sillonnée de veines volumineuses. Elle peut être énucléée par tractions et compression de la paroi abdominale. Elle est adhérente aux deux extrémités ; absolument indépendante de l'utérus. Elle paraît développée aux dépens des annexes gauches ; on trouve un ligament utéro-ovarien énorme avec des varicosités lymphatiques du volume du pouce ; on le sectionne après ligatures multiples. Le pédicule qui la rattache à l'utérus est constitué par la trompe, et le ligament utéro-ovarien ; il est sectionné entre deux pinces. La

tumeur pèse 13 livres. L'ovaire droit, qui est kystique, et de la grosseur d'une mandarine, est enlevé.

La tumeur mesure 31 cm. sur 25 cm. A la coupe, elle a l'aspect d'une tumeur fibreuse, creusée de cavités kystiques, qui contiennent un liquide brun roussâtre. L'examen histologique fait conclure à un fibrome fasciculé.

Observation IX

(Dubar, Echo Médical du Nord,1907)
Fibrome calcifié de l'ovaire.

Mme X..., 28 ans. Réglée à 14 ans. Les règles durent de sept à huit jours, et avancent de quatre à cinq jours. Il y a quatre ans, les règles sont devenues douloureuses, plus abondantes et prolongées. La malade ressent des douleurs continues dans les lombes, les cuisses et la région hypogastrique. La constipation est fréquente. Elle ressent dès qu'elle est debout d'impérieux besoins d'uriner. Elle a des ménorrhagies qui durent quinze jours. Au toucher, on trouve le col sain ; sa direction est normale. Le toucher est douloureux. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent une tumeur dure, du volume d'un œuf d'autruche. Elle n'est pas adhérente, mais mobile. La cavité utérine, mesurée à l'hystéromètre, est normale.

Laparotomie. — On trouve la trompe normale ; on enlève sans peine la tumeur ; l'ovaire gauche est sain.

Examen des pièces. — La tumeur pèse 520 grammes. Elle est de consistance pierreuse. Sa surface, très irrégulièrement mamelonnée, présente par places des nodosités de consistance cartilagineuse ; elles sont incrustées et comme surajoutées à la masse totale. On est obligé de la scier. Elle présente, à la coupe, un tissu blanc parsemé

d'imprégnations calcaires blanc jaunâtre, surtout au centre. Au microscope, on voit qu'elle est formée de fibres conjonctives diversement entremêlées.

Observation X

(Vignard, Gaz. méd. de Nantes, 1904).
Fibrome de l'ovaire inclus dans le ligament large.

Mme X..., 27 ans. Réglée à 15 ans ; les règles, au début, étaient très abondantes et duraient de six à huit jours. A partir de dix-huit ans, elles sont devenues moins abondantes, et retardaient. Il y a cinq ans, elles ont encore diminué pour disparaître totalement il y a quinze mois. Cette suppression a coïncidé avec l'apparition d'une tumeur dure à la partie inférieure du ventre ; elle a constamment augmenté depuis. La malade n'a jamais eu de grossesse. Depuis sept ans, elle présente des alternatives de constipation et de diarrhée. La miction est normale. Ni œdème, ni ascite ; la santé est bonne.

A la palpation, on sent une tumeur arrondie, de consistance pierreuse, avec de légères bosselures ; elle dépasse un peu l'ombilic et plonge dans le pelvis. Elle est mobile latéralement, mais non verticalement. Au toucher, on sent une tumeur dans le cul-de-sac antérieur. Le col est mobile, l'utérus rétroversé. Les mouvements ne sont pas solidaires de ceux de la tumeur. On porte le diagnostic de fibrome de l'ovaire, en se basant surtout sur l'aménorrhée, la consistance pierreuse, l'évolution lente, l'absence d'ascite.

Laparotomie : on constate que la tumeur a dédoublé le ligament large, et elle est en contact avec l'S iliaque. On l'isole ; elle a un pédicule de 10 centimètres de long. Les annexes droites sont anormales : l'ovaire est petit, rou-

geâtre, la trompe finit en cul-de-sac à 3 centimètres de la corne utérine ; elle se continue par un ligament qui se contourne et se renfle en arrivant à l'ovaire.

Tumeur ovoïde pesant 1 kil. 200 grammes ; elle mesure $15^{cm} \times 11^{cm} \times 12^{cm}$. Elle est lisse légèrement bosselée, la trompe rampe dessus. Elle est d'un blanc nacré. Sa consistance est dure, ligueuse ou pierreuse. Sa membrane d'enveloppe est mince et détachable. Son tissu crie à la coupe ; on y voit des travées fibreuses entrecroisées en divers sens, blanchâtres, et délimitant des îlots gris presque transparents. Pas de cavités kystiques.

Examen microscopique. : De la périphérie au centre, on trouve : *a*) une couche dense de tissu fibreux formant l'enveloppe de la tumeur ; *b*) un parenchyme, formé surtout de tissu conjonctif adulte fibreux et de quelques fibres musculaires lisses. On y voit des fentes vasculaires ou lymphatiques, bordées d'endothélium. On ne trouve en aucun point de vestiges des follicules de Graaf.

Observation XI

(Bauby, Toulouse-Médical, nov. 1907).
Fibrome de l'ovaire sans troubles menstruels. Ascite.

Mme X..., 48 ans. A eu, il y a 22 ans, un accouchement normal, qui lui a laissé une déchirure du périnée et un prolapsus utérin. Depuis quelque temps, elle sent que son ventre s'est alourdi et a grossi. Les règles sont normales. A l'inspection, on trouve le ventre étalé, et on constate de l'ascite libre par la percussion. Dans la région sous-ombilicale, on sent une tumeur qui plonge dans le liquide. Elle est arrondie, bosselée, mobile, indolore à la pression, à peu près médiane.

Laparotomie : on trouve une tumeur solide de l'ovaire, sans adhérences, rattachée au ligament large par un court pédicule de 5 ou 6 centimètres, médiocrement vasculaire ; l'autre ovaire est sain. L'ascite était abondante.

Examen des pièces : la tumeur pèse 900 grammes. La surface est rosée, lisse, bosselée. On constate quelques saillies arrondies plus dures. On peut voir à la coupe, des éléments fasciculés disposés en tourbillons. Il y a de nombreux petits kystes disséminés. Vers le centre, un assez gros foyer de ramollissement verdâtre. L'examen microscopique montre un fibrome vrai sans trace appréciable d'éléments sarcomateux. Il y a de nombreux microkystes tapissés d'épithélium. Le foyer de ramollissement paraît être dû au fusionnement de plusieurs de ces kystes.

Observation XII

Petit fibrome calcifié de l'ovaire gauche. Absence d'ascite. Pokrovsky, analysé in Rev. de Gyn. et de Chir. abdom. 1900, p. 891.

Catherine B..., 56 ans ; père mort de fièvre palustre à 37 ans ; mère morte phtisique à 18 ans. Antécédents personnels : rougeole, fièvre intermittente et érysipèle de la face pendant son enfance. A eu dix enfants, dont huit sont vivants. Il y a 18 ans, a eu une pleurésie, et s'est aperçue en même temps d'une tumeur dans l'abdomen, tumeur prise par les médecins pour un kyste de l'ovaire. Les accouchements se sont toujours effectués sans difficultés.

Depuis deux ans, la malade a senti des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen et la région lombaire, à l'occasion des mouvements. Elle a maigri. Le 13 avril 1899, la malade est prise d'un violent accès de douleurs,

qui ont persisté depuis, s'exaspérant par les déplacements de la tumeur, et ayant nécessité l'application d'une sangle abdominale. Entre à l'hôpital le 27 mars 1899 ; on constate alors que l'état général n'est pas très bon : poids, 50 kilos, téguments pâles ; artères légèrement sclérosées. Dyspnée et constipation habituelles ; mictions fréquentes, mais indolores ; urines très acides, sans sucre, ni albumine.

L'abdomen n'est pas volumineux ; on sent, à gauche de l'utérus, un ligament se dirigeant de côté vers la tumeur. Le palper est difficile ; on ne perçoit la tumeur que lorsque la malade est dans la position génu-pectorale. Elle est dure comme une pierre, sphérique, pédiculée, très mobile. Pas de signes d'ascite.

Le 30 mars : laparotomie : incision rectiligne dans le muscle droit, à deux centimètres à gauche de la ligne blanche. On extrait facilement la tumeur, reposant sans adhérences dans le petit bassin. Suites opératoires normales.

A l'examen macroscopique, on constate que l'ovaire est étroitement soudé à la tumeur ; il y a absence complète de vésicules de Graaf, mais on y trouve de petits corps fibreux. La tumeur et l'ovaire sont recouverts par la même membrane fibreuse, épaisse, dense. La tumeur mesure $5^{cm.} \times 6^{cm.}$ et pèse 230 grammes.

A l'examen microscopique, après décalcification, on ne rencontre aucune cellule, aucun élément figuré ; seulement par places, du tissu fibreux, pauvre en cellules et en vaisseaux. Dans les parties calcifiées, on reconnaît des vaisseaux très modifiés, ayant l'aspect de simples fentes.

On peut supposer que les sels calcaires se sont déposés dans les faisceaux de tissu conjonctif et non dans les cellules (comme dans le cas de Williams). La calcification du

tissu a été précédée par sa dégénérescence vitreuse, car les parties imprégnées de sels calcaires étaient entourées de tissu homogène sans noyaux.

La lenteur de l'évolution de cette tumeur est à remarquer, la malade l'ayant portée pendant 28 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Caillot. — Arch. génér. de méd., 1824, p. 582. Sur une tumeur volumineuse de l'ovaire.

Baron (C.). — Bull. Acad. méd., 1841-1842, XIV, p. 226. Sur une tumeur fibreuse de l'ovaire.

Van Buren. — New-York Journal, mai 1850.

Lendet. — Bull. de la Soc. anat., 1851.

Blin. — C. R. Société de biologie, 1852, IV, p. 115.

Dufour. — Bull. de la Soc. anat., 1852.

Kiwisch. — Lehrb. d. kr. d. Weibl. Sexualorg. Prague, 1857.

Wilks. — Transact. Path. soc. London, 1857, p. 299. Three specimens of fibrous tumors of the ovaries.

Lessoueff. — Bull. Soc. anat. Paris, 1859, XXIV, p. 37.

Rokitanski. — Lehrb. der path. anat. 3e ed., III, p. 423.

Klob. — Path. anat. d. Weibl. sexualorg. 4e ed., II, p. 127.

Tyler Smith. — Transact. of the obst. soc. London, 1862.

Spiegelberg. — Monatsschrifft. f. Gebürtsk. Berlin, 1866. Fibrom der Eierstockes von enormer grosse.

Gripat. — Bull. de la Soc. anat. Paris, 1870.

Courty. — Maladies de l'utérus et des ovaires. Paris, 1872.

Kleinwachter. — Arch. f. gynœk., 1872.

Szurminski. — Thèse de Breslau, 1872. Ueber soliden Eierstockes tumoren.

Veyssière. — Bull. de la Soc. anat., 1872.

Fiouppe. — Gazette médicale de Paris, 1873.

Goodhart. — Transact. path. soc. London, 1873-74. Fibroma of the ovary.

Ingham. — Am. J. obst. N. Y., 1873-74. Fibrous tumor of the ovary.

Ruge. — Beitrage zur Geburt in gyn. 1873.

Churchil. — Maladies des femmes. Trad. franç. Paris, 1874.

Basso. — Arch. f. gynœk., 1904. Contr. à l'ét. des tumeurs conjonctives bénignes de l'ovaire.

Léopold. — Arch. f. Gynœk., 1874. Die soliden Eierstockes Geschwulste.

Ziembicki. — Th. de Paris, 1875. Essai clinique sur les tumeurs de l'ovaire.

Crisp. — Transact. path. soc. London, 1876-77. Fibroid ovarian tumor.

Olshausen. — Krankeiten des ovarien. 1877.

Cullingworth. — Transact. obst. soc. London, 1879-80. Fibroma of both ovaries.

Bagot. — New-York med. J. 1880. Fibromyoma of the ovary.

Patenko. — Centralblatt. f. Gynœk., 1880.

Amon. — Erlangen thèse, 1881. Beitrag zur Pathol. anat. der soliden ovarialtumoren.

Malassez. — Arch. de Physiol., 1881, p. 245. Kystes primitifs de l'ovaire, à prédominance secondaire de tissu solide ; fibreux, fibrosarcomateux, etc.

Nicaise. — Bull. et mém. Soc. chir., 1881. Tumeur solide des ovaires.

Popow. — Transact. Edimb. obst. soc., 1881-82. Fibromyoma duplex ovariorum.

Bixby. — Boston Med. and surg. J. 1882. Solid tumours of both ovaries.

Coe. — Am. J. obst. N. Y., 1882. Fibromata and cystofibromata of the ovary.

Spencer Wells. — Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Trad. franç. Paris, 1883.

Williams. — Ann. de Gynéc., 1883.

Doran. — On tumors of the ovary, Fallopian tubes and broad ligaments, 1884

Hartmann. — Bull. de la Soc. anat. Paris, 1884.

Apolant. — Greifwald. Thèse 1885. Ein Beitrag zum vorkommen des soliden tumoren des ovariums.

Polk. — N. Y. med. J. 1885. Fibroid dégenerescence of both ovaries.

Gundelack. — Thèse de Paris, 1886. Ascite symptomatique des tumeurs ovariques.

Lawson-Tait. — Traité des maladies des ovaires. Trad. franç. Paris, 1886.

Orthsmann. — Ges. f. geb. in. Gynœk., 1886.

Quénu. — Rev. de Chir., 1886. Tumeur des ovaires ; de l'ascite dans les tum. abdominales.

Schrœder. — Maladies des organes génitaux de la femme. Trad. franç. Bruxelles, 1886.

Dagron. — Bull. de la Soc. Anat., 1886.

Williams. — Trans obst., soc. London, 1887. A fibroid tumor of the ovaries.

Terrier. — Progrès médical, 1888. Fibrome de l'ovaire droit.

Seeger. — Th. de Munich, 1888. Ueber solide tumoren des ovarien.

Jacoby. — Thèse Greifswald, 1889. Ueber doppelseitige myome der Eierstocke.

Hcmans. — Boston med. J. 1889.

Martin. — Traité des maladies des femmes. Trad. franç., Paris, 1889.

Munde. — Am. J. Obst. New-York., 1889.

Bagot. — New-York, Med. J., 1890.

Castelnau. — Thèse de Montpellier, 1890. Tumeurs fibreuses de l'ovaire.

Millot-Carpentier. — Union médicale, Paris, 1890.

Bianchi. — Bull. des Soc. Médic. de Bologne, 1891. Fibroma ovarico in una bambina di otto anni.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, Paris, 1891.

Griffith. — Obst. transact., Londres, 1892, p. 10.

Cornil. — J. des conn. médic., 1893. Leçons sur les tumeurs solides de l'ovaire.

Delagrange. — Soc. des sciences médicales de Lille, 1893.

Dubar. — Bull. médical du Nord. Lille 1893.

Warens. — Boston med. J. 1893. Fibrome des deux ovaires.

Bourgouin. — Th. de Paris, 1894. Tumeurs solides de l'ovaire à évolution lente.

Kopp. — Ueber Leucocytose bei ovarialtumoren. Inaug. dissertazion, Wurtsburg 1894.

Lundlau. — Clin. Chicago 1894. A fibrous tumor attached to the ovarian ligament.

Martin (Christ.). — Brit-Gynec. J. London 1894. Two specimens of fibroma of the ovary.

Postemski. — Riforma med. 1894. Due casi di fibromi puri dell' ovario.

Smith. — Chirurgie abdominale. Trad. franç., Paris 1894.

Baldwin. — Brooklyn med. J. 1896. Fibroid tumor of the ovary with calcareous degeneration.

Briggs. — Brit. Med. J., 1896.

Lallemand. — Th. de Paris, 1896. Contrib. à l'étude des Fibromes de l'ovaire.

Picqué. — Sem. Gynec., 1896. Des tumeurs solides de l'ovaire.

Zumbusch. — Thèse de Bonn, 1896. Fibroma ovarii.

Briggs. — Brit. med. J., London 1896. Fibroma of the ovary (eight cases).

Segond. — Rev. de gynec. et de chirurg. abdom., avril 1897.

Deligny. — Th. de Lille, 1898. De l'ascite dans les fibromes de l'ovaire.

Jouin. — Th. de Paris, 1898. Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire.

Morely. — Bull. de la Soc. anat., 1898.

Pascal et Pilliet. — Bull. de la Soc. anat., 1898.

Chavannaz. — Soc. gyn. obst. et ped. de Bordeaux, 1859, p. 56, et 1901, p. 245.

Dartigues. — Revue de gynec. et de chirurg. abdominales, 1899.

Demons. — Rev. mens. d'obst., gynec., ped. de Bordeaux, 1900, p. 254, et 1903, p. 184.

Gorovitz (Mlle). — La tuberculose génitale chez la femme. Th. de Paris, 1900.

Jacobs. — Bull. de la Soc. Belge de Gynec., 1901 et 1902.

Lauwers. — Soc. Belge d'obst et de Gynec., 1900.

Ledoux. — Journal des connaissances médic., 1900.

Niebergall. — Correspond. Blatt für Schweitzer Aertze, 1900.

Prokrowsky. — Analysé in La Gynécologie, 1900, p. 255.

Rocher. — Rev. de gynéc., obst. et pédiâtrie de Bordeaux, 1900.

Rouffart. — Bull. de la Soc. Belge d'obst. et de gynec., 1900.

Testé. — Th. de Bordeaux, 1900. Contrib. à l'étude des fibromes de l'ovaire.

Couvelaire. — Th. de Paris, 1901. Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire.

Sendtner. — Th. de Munich, 1901. Ueber das Fibrom des ovariums.

Routier. — La Gynécologie, 1901. Fibromes de l'ovaire.

Briggs. — Lancet 1902. Necrobiosis of fibroma of the ovary.

Doran. — Trans. obst. Soc. London, 1902-1903, p. 173. Fibroma of the ovary.

— Trans. obst. Soc., London, p. 168. A pure myoma of the ovary with a microscopic section.

Duroux. — Lyon Médical, 1902.

Fairbain. — J. obst. de Gynec. Brit. Emp. Lond., 1902. Some points in pathology of fibroma of the ovary.

Geibel. — Th. de Leipzig, 1902. Beitrag zur Kenntniss der ovarial fibroma.

Gemell. — Soc. de gyn. et d'obst. du nord de l'Angleterre.

Milian. — Bull. Soc. Anat., Paris 1902. Corps jaune fibreux de l'ovaire.

Peterson. — Trans. am. gynec. Soc. Philadelphie, 1902. Considerations on ovarian fibromata.

Herbert-Spencer. — Obst. Soc. London, 1902.

Alexandrow. — C. R. de la Soc. d'obst. et de gynec. de Moscou, 1903.

Graham. — Annals of surgery, 1903.

Hunner. — Centralblatt. für Gynœk., 1903.

Keitler. — Centralblatt. für Gynœk., 1903.

Tchackmakoff. — Th. de Paris, 1903. Contrib. à l'étude des fibromes de l'ovaire.

Barozzi. — La gynécologie, décemb. 1904. De la torsion axiale de l'utérus.

Bégouin. — Semaine Gyn., Paris 1904. De l'allure clinique maligne de certains fibromes de l'ovaire.

Bongrand et Bernex. — J. de méd. de Bordeaux, 1904, p. 448. Fibrome pur de l'ovaire.

Codet-Boisse. — Th. de Bordeaux, 1904. Evolution clinique à type malin dans les fibromes de l'ovaire.

Coudert. — Th. de Paris, 1904. Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire.

Darling. — Brit. med. Journ., oct. 1904. Large fibromyoma of the left. ovary.

Fehling. — Centralblatt. für Gynœk., 1904, p. 315.

Glockner. — Centralblatt. für Gynœk, 1904, p. 701.

Guire. — Buffalo med. J., 1904-05, p. 294. Fibroma of the ovary.

Jayle et Bender. — Congrès national period. d'obst. et de gyn. de Rouen, 1904, p. 250. Sur la torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire.

Lefort. — Congrès nat. per. d'obst. de Rouen, 1904, p. 240. Un cas de tumeur solide de l'ovaire.

Polano. — Centralblatt. für Gynœk., 1904, p. 1268.

Swain. — Brit. med. J., 1904. Diseases of the uterus and solid ovarian tumors.

Vignard. — Gaz. méd. de Nantes, 1904, p. 1005. Un cas de fibrome de l'ovaire.

Aguilar. — Gaç. med. de Grenade, 1905, p. 443. Fibro-adeno sarcoma bilobulado del ovario.

Campbell. — J. obst. and gyn. Brit. Emp. 1905, p. 197. An ovary with a well marked fibrons excrescence.

Glockner. — Arch. f. Gynœk, 1905, LXXXV, p. 49. Beitrage zur Kenntniss der soliden ovarialtumoren.

Hormann. — Munchen med. Wchnschr., 1905, p. 554. Ueber pseudo aszites bei ovarialtumoren.

Jones. — Brit. Gynœk. J. Lond., 1905-06, XXI. Fibroma of the ovary.

Latronche et Charrier. — J. de méd. de Bordeaux, 1905,

p. 396. Fibrome calcifié de l'ovaire chez une femme de 59 ans.

Lippert. — Arch. f. Gynœk., Berl. 1904, p. 389. Beitrag zur Klinik der ovarialtumoren.

Pinzani. — Gynecologia, Firenze, 1905, p. 368. Fibroma ovarico bilaterale.

Puech. — Gazette des Hôpitaux, Paris, mars 1905. Des fibromes de l'ovaire.

Uthmoller. — Munchen med. Wchnschr., 1905, p. 2124.

Adachi. — Medic. Geselsch. zu Tokio, 1906, p. 715. Ueber einen fall von Eierstocks fibrom.

Campbell et Lewis. — Brit. Med. J., London, 1906, p. 695. Fibromyoma of the ovary.

Cestan. — Toulouse Médical, 1906, p. 151. Fibrome de l'ovaire.

Gargano. — Med. Ital. Napoli, 1906, p. 183. Dei tumori solidi dell'ovario.

Guillot. — Presse médic., 1906, p. 130. Complication des fibromes de l'ovaire.

Jordan. — Brit. Gynec. J., London, 1906-07, XXII, p. 241. Fibroid of the ovary.

Lewers. — Lancet, juin 1906. On the occurence of metrorrhagia after menopause in the case of ovarian-tumour.

Lamphear. — Med. Herald, St-Joseph, 1096, p. 202. Fibroid tumors of the ovary.

Mallet. — Am. J. obst. New-York, 1906, p. 100. Fibroma of the ovary,

Maxwel. — Transvaal Med. J. Johanesburg, 1906-07, p. 136. Notes on ovarian tumours.

Norris. — Am. J. Obst. New-York, 1906, p. 30. A clinical study of the complications arising in sixty-three cases of ovarian tumors.

Rindfleisch. — Centralbl. f. Gynœk, Leipzig, 1906, p. 209. Ein fall von Fibroma ovarii.

Soli. — Rasegna d'Ost. de gyn. Naples 1906, p. 30. Contributto alla casistica dei fibromi dell' ovario.

Vignard. — Gaz. méd. de Nantes, 1906, p. 391. Tumeur solide de l'ovaire.

Adler. — Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynœk. Berlin, 1907, p. 53.

Bauby. — Toulouse méd., 1907, p. 241. Tumeur solide de l'ovaire.

Clivio. — Arch. Ital. di Gynec. Napoli 1907, p. 125. Classificazzione dei tumori ovarici.

Courvay. — J. obst. et gynec., Brit Emp., août 1907. Calcareous fibromyoma of the right ovary. Complicating delivery.

Dauber. — British Gynec. J., 1907, p. 9. Fibroma of the ovary.

Debeyre. — Echo med. du Nord, Lille, 1907, p. 185. Tumeur solide de l'ovaire.

Dubar. — Echo med. du Nord., Lille, 1907, p. 313. Fibrome calcifié de l'ovaire.

Von Franqué. — Verhandl. d. deutsche Gessellsch. f. Gynœk, Leipzig, 1907, p. 397.

Dreyfus. — Archives génér. de Chirurgie. Paris, 1907. Les tumeurs malignes primitives de l'ovaire.

Guillaume-Louis. — Ann. médico-chir. du Centre, oct. 1907. Les tumeurs solides de l'ovaire.

Le Jemtel. — Ann. med. chir. du Centre, mai 1907. A propos de la classification des tumeurs solides de l'ovaire.

Kachel. — Alte u. n. Gynœk Franz Ritter Winckel zur Feier. Munchen, 1907, p. 113. Zur prognose der ovarialtumoren.

Lorrain et Chaton. — Bull. Soc. Anat., Paris 1907, p. 170. Fibrome de l'ovaire.

Lucio. — Clin. chir. Milano 1907, p. 1522. Sopra alcuni casi di tumori solidi dell' ovario.

Spencer. — Proc. Roy. Soc. Med., London 1907-08. Obst. et gyn. sect., p. 172. Ovarian tumour with a foot of adhérent small intestine removed from a patient aged 58 years.

Vittone. — Gynecologia. Firenze, 1907, p. 523. Contributo alla casistica dei fibromi puri dell' ovario.

Weir. — Glascow Méd., J. 1907, p. 289.

Baldowski. — J. akush. i. jensk boliez, St-Pétersbourg, 1908, p. 748. Fibrome de l'ovaire.

Briggs et Walker. — J. obst. a. gyn. Brit. Emp., 1908, n° 2. A clinical and pathological report on fourty-nine ovarian tumours, of which thirty one were fibromata.

Butler-Smith. — J. obst. a. gynec., Brit. Emp., London, 1908, p. 266.

Casalis. — J. obst. a gynec., Brit. Emp. Lond., 1908, p. 279. Calcified fibroma of the ovary.

Ehrlich. — Gynœk. Rundschau Berl. u. Vien, 1908. Zysten und tumoren der ovarien.

Gannon (Mc.). — South Pract. Nashville 1908, p. 65. Twisting of the pedicle in ovarian tumors.

Gans. — Monatsch. f. Geburtsch. u. Gynœk., Berlin 1908, p. 163.

Hall. — St-Louis Clin. 1908, p. 161. Ovarian tumors ; reports of cases.

Johnson. — Am. J. obst. N. Y., 1908, p. 852. Ovarian tumour with a twisted pedicle.

Luscardo. — La Clinica ostet., sept. 1908. Studio dei leiomyofibromi dell' ovario.

Parizeau. — Gaz. de Gynec., Paris 1908, p. 33. Tumeur ovarienne.

Peterson. — Phys. and Surg. detroit and annal arbor 1908, p. 97. Two cases of ovarian fibromata.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 3 février 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 2 février 1909.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !